

# **Krankheitskonzepte und Behandlungserfahrungen depressiv erkrankter Patienten, ihrer Partner und deren rehabilitative Bedeutung**

**Untersuchung der Krankheitskonzepte depressiver Patienten und ihrer Partner unter  
Berücksichtigung der wahrgenommenen Partnerschaftsqualität und motivationaler  
Schemata**

## **Dissertation**

zur Erlangung des akademischen Grades:

Dr.phil.

eingereicht an der

Philosophischen Fakultät IV

der Humboldt-Universität zu Berlin:

Institut für Rehabilitationswissenschaften

von

**Martina Clauser**

Präsident der Humboldt-Universität zu Berlin:

Herr Prof. Dr. Dr. hc. Christoph Marksches

Dekanin der Philosophischen Fakultät IV:

Frau Prof. Dr. Wiltrud Gieseke

Gutachter: 1. Herr Prof. Dr. habil. Bernd Ahrbeck

2. Herr Prof. Dr. habil. Roland Stein

Tag der mündlichen Prüfung: 02.06.2010



# DANKSAGUNG

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Bernd Ahrbeck für die Unterstützung und das große Vertrauen, das er mir und diesem Thema stets entgegen gebracht hat sowie für die vielen wertvollen Hinweise und Anregungen. Er hat mich in jeder Phase der Arbeit ermutigt und durch den wissenschaftlichen Austausch sehr bereichert.

Mein Dank gilt den Stationen für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Krankenhauses „Königin Elisabeth Herzberge“ Berlin-Lichtenberg, den Mitarbeitern der angeschlossenen Tageskliniken für die freundliche Unterstützung und Herrn Dr. med. Albert Diefenbacher für die Genehmigung, ohne die diese Untersuchung nicht möglich gewesen wäre. Mein besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang Frau Dipl.-Psych. Eva Weiß für das entgegengebrachte Vertrauen, mit den Patienten und Partnern arbeiten zu dürfen und die wertvollen Hinweise, die mich auch in den letzten Jahren sehr geprägt haben.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen Ärzten, Schwestern und Pflegern, die trotz ihrer hohen Arbeitsbelastung mein Anliegen durch ihre Hinweise und ihre Kompetenz im Umgang mit den Patienten unterstützt haben.

Ohne das Interesse, Engagement und Vertrauen der Patientinnen und Patienten sowie der Partnerinnen und Partner wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Daher ihnen mein besonderer Dank.





## Abstract (ger.)

Diese Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage, welche Krankheitskonzepte depressiven Patienten (ICD-10) und ihre Partner haben und welche Behandlungserfahrungen gemacht wurden. Das Ziel der Untersuchung besteht darin, auf der Grundlage einer ressourcenorientierten explorativen Sichtweise die rehabilitativen Möglichkeiten für depressive Patienten und ihre Partner zu erweitern und geschlechtsspezifische Unterschiede einzubeziehen. Die Forschung zur Compliance macht deutlich, dass die Übereinstimmung der Krankheitskonzepte die Behandlungsergebnisse entscheidend verbessern kann. Es wurde den Fragen nachgegangen, worin sich die Attributionen auf Krankheitsursachen bei Patienten und ihren Partnern unterscheiden und welche Auswirkungen sich für das partnerschaftliche Unterstützungsverhalten ergeben. Zudem wurden die motivationalen Schemata auf der Grundlage der Konsistenztheorie (Grawe, 1998; 2004) erhoben, Geschlechtsunterschiede und die Partnerschaftsqualität beachtet.

Als Theorien wurden zum Beispiel die Theorie der wahrgenommenen Verantwortlichkeit (Weiner, 1986) und der gelernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975; Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) und daraus Fragestellungen entwickelt. Diese Arbeit hat sich die Aufgabe gestellt, die persönlichen Besonderheiten der depressiven Patienten und ihrer Partner zu beachten. Die Methodik besteht aus einem semistrukturierten qualitativen Interview sowie standardisierten Fragebögen. Es wurden 46 depressive Patienten und 46 Partner einer Psychiatrie- und Psychotherapiestation untersucht.

Es konnten verschiedene Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftsqualität, der partnerschaftlichen Unterstützung, den Einstellungen und motivationalen Schemata gefunden werden. Die Ergebnisse zeigen, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bei Patienten und Partnern viel stärker in der Therapie beachtet werden sollten. Es konnte gezeigt werden, dass sich innerhalb der diagnostischen Zuordnung einer Depression sehr verschiedene individuelle Krankheitskonzepte bei Patienten und bei den Partnern ergeben. Es lassen sich jedoch auch Probleme aufzeigen, die mit einem leitlinienorientierten Vorgehen in der Psychotherapie verbunden sind. Die qualitative Befragung konnte innere Prozesse und Entwicklungen gut sichtbar machen, die quantitative Methodik der Fragebögen bildete Status und überdauernde Motive gut ab. Mögliche Anwendungen und Implikationen für die klinische Praxis sowie die Einbeziehung der Partner werden diskutiert.

Keywords:

Depression, Krankheitskonzepte, Schemata, Partnerschaftszufriedenheit

## **Abstract (eng.)**

This study is employed with the questions what kind of illness representations and experiences of examination are generated by depressive patients (ICD-10) and their partners. The goal is existed in finding more possibilities in rehabilitation and therapy for the couples are based on resources and sex differences. The research of compliance comes to the resolution that the agreement in illness representations is able to improve the outcomes of therapy. Therefore, the questions are, which differences in illness representations by patients and partners, expectations, solutions of support by the couples, males and females can be found and what are the consequences for compliance and their relationship. Then, the motivational schemata based on the consistence-theory (Grawe, 1998; 2004) were considered. On basic were included the theories of perceived responsibility (Weiner, 1986) and learned helplessness (Seligman, 1975; Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) and then developed individual questions. The method is a mixed design in qualitative (semi-structured interview) and quantitative instruments (tests). Data are used from 92 persons, 46 patients they are in clinical treatment and their partners.

There are found that quality of partnership is associated with support, the expectations, attitudes and individual motivational schemata of the persons. Sex differences should be stronger observed in treatment. Turns out, into the notation "depression", there are different individual illness representations of patients and their partners. The application of guideline-oriented procedures in psychotherapy has been criticized. Qualitative interviews were appropriate to describe processes and developments, quantitative tests were appropriate to expose the status and outlasting motives. Results are presented in terms of their implications for supporting treatment and involving partners into this process.

Keyword (eng):

Depression, illness representation, schemata, relationship satisfaction

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>I</b>
<b>ABSTRACT (GER.).....</b>	<b>III</b>
<b>ABSTRACT (ENG.).....</b>	<b>IV</b>
<b>ANLIEGEN DER UNTERSUCHUNG.....</b>	<b>XXI</b>
<b>I EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>II THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN.....</b>	<b>7</b>
II.1 Das Störungsbild der Depression .....	7
II.1.1 Epidemiologie .....	7
II.1.2 Symptomatik .....	7
II.1.2.1 Emotionale Veränderungen.....	9
II.1.2.2 Kognitive Veränderungen .....	9
II.1.2.3 Verhalten und Motorik .....	9
II.1.2.4 Physiologisch-vegetative Veränderungen .....	10
II.1.2.5 Motivationale Veränderungen.....	10
II.1.3 Risikofaktoren .....	10
II.1.4 Zusammenfassung .....	11
II.2 Die Klassifikation der Depression .....	11
II.2.1 Psychische Krankheit im Zeitalter der „Aufklärung“ .....	11
II.2.2 Psychische Krankheit im 19. Jahrhundert .....	12
II.2.3 Psychische Krankheit im 20. Jahrhundert .....	12
II.2.4 Aktuelle Klassifikationen der Depression: ICD und DSM .....	15
II.2.4.1 Klassifikation der Depression nach dem ICD-10.....	16
II.2.4.2 Multiaxiale Diagnosesysteme .....	17
II.2.4.3 Die GARF-Skala .....	18
II.2.5 Zusammenfassung .....	19
II.3 Diagnosestellung.....	19
II.3.1 Funktionalität einer Diagnose .....	20
II.3.2 Krankheit und Gesundheit .....	20
II.4 Wer ist für die Erkrankung verantwortlich? .....	21
II.4.1 Die Theorie der wahrgenommenen Verantwortlichkeit.....	22
II.4.2 Schuld .....	23
II.4.3 Reaktionen des Umfeldes.....	24
II.4.4 Zusammenfassung .....	25
II.5 Copingstrategien .....	25
II.5.1 Soziale Unterstützung .....	26
II.5.2 Das empathische Coping.....	27
II.5.3 Das beziehungsbezogene Coping.....	28
II.5.4 Das communale Coping.....	29
II.5.5 Das interaktive Coping.....	30
II.5.6 Dyadisches Coping und Depression.....	31
II.5.7 Forschungsergebnisse zum dyadischen Coping .....	32
II.5.8 Zusammenfassung .....	33

II.6	Attributionstheorien .....	33
II.6.1	Die Theorie von Kelley .....	33
II.6.1.1	Das Kovariationsprinzip als Kernstück .....	34
II.6.1.2	Das Abschwächungs- und Vergrößerungsprinzip .....	35
II.6.1.3	Kausale Schemata .....	36
II.6.1.4	Einschränkungen bei der Ursachenzuschreibung .....	36
II.6.2	Die erweiterte Attributionstheorie von Weiner .....	38
II.6.3	Forschungsergebnisse .....	39
II.6.4	Zusammenfassung .....	40
II.7	Wissenschaftliche Krankheitstheorien .....	41
II.7.1	Ausgewählte psychologische Theorien der Depression .....	41
II.7.1.1	Das transaktionale Modell von Persönlichkeit .....	42
II.7.1.2	Psychoanalytische Theorie der Depression .....	43
II.7.1.3	Das Modell der erlernten Hilflosigkeit und seine Implikationen .....	44
II.7.1.4	Die Verstärker-Verlust-Hypothese .....	47
II.7.1.5	Das kognitive Modell nach Beck .....	48
II.7.1.6	Die Theorie interpersoneller und familiärer Faktoren .....	49
II.7.1.7	Die Konsistenztheorie von Grawe .....	49
II.7.2	Biologische Theorien .....	49
II.7.3	Integrative Ansätze .....	50
II.7.4	Zusammenfassung .....	50
II.8	Subjektive Krankheitstheorien .....	51
II.8.1	Begriffsbestimmung .....	51
II.8.2	Funktionalität .....	52
II.8.3	Klassifikationen von Krankheitskonzepten .....	53
II.8.4	Modelle der Krankheitsverursachung .....	54
II.8.5	Ausgewählte Forschungsergebnisse .....	54
II.8.6	Zusammenfassung .....	55
II.9	Compliance .....	56
II.9.1	Entwicklungsphasen des Patienten .....	57
II.9.2	Die Rolle des Patienten .....	57
II.9.3	Einflüsse auf die Compliance .....	58
II.9.4	Zusammenfassung .....	59
II.10	Partnerschaft und Depression .....	59
II.10.1	Depression und Interaktion .....	60
II.10.2	Partnerschaftszufriedenheit und Depression .....	62
II.10.3	Das Expressed-Emotion-Konzept .....	63
II.10.3.1	Befunde zum Expressed-Emotion-Konzept .....	63
II.10.3.2	Konzeptionelle Erweiterungen des EE- Konzeptes .....	64
II.10.4	Zusammenfassung .....	65
II.11	Therapieziele und Therapiebewertung .....	66
II.12	Ressourcen .....	67
II.12.1	Begriffsbestimmung .....	68
II.12.2	Taxonomien der Ressourcen .....	69
II.12.3	Wirkprinzipien von Ressourcen .....	69
II.12.4	Aktueller Forschungsstand .....	70

II.13	Zusammenfassung und Ableitung der Forschungsfragen .....	70
<b>III</b>	<b>FRAGESTELLUNGEN</b> .....	<b>73</b>
<b>IV</b>	<b>UNTERSUCHUNGSMETHODIK</b> .....	<b>81</b>
IV.1	Untersuchungsdesign .....	81
IV.1.1	Gewinnung der Untersuchungsteilnehmer .....	83
IV.1.2	Durchführung der Untersuchung .....	84
IV.1.3	Anforderungen an die Untersuchungsteilnehmer .....	84
IV.1.3.1	Einschlusskriterien .....	85
IV.1.3.2	Ausschlusskriterien .....	85
IV.2	Erhebungsinstrumente .....	86
IV.2.1	Das semistrukturierte Interview .....	86
IV.2.2	Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata – FAMOS (Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K., 2002) .....	90
IV.2.3	Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik – FPD (Hahlweg, K., 1996) .....	91
IV.2.4	Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit – KKG (Lohaus, A. & Schmitt, G. M., 1989) .....	91
IV.2.5	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – FKV (Muthny, F. A., 1989) .....	92
IV.2.6	Patiententheorienfragebogen – PATEF (Zenz, H., Bischoff, C., Hrabal, V., 1996) .....	92
IV.2.7	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – IIP-D (Deutsche Version: Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H., 2000) .....	93
IV.2.8	Integrierte Befunde .....	94
IV.2.8.1	Beck-Depressions-Inventar .....	95
IV.2.8.2	Hamilton Depression Scale (HAMD) .....	95
IV.3	Beschreibung der Untersuchungsstichprobe .....	95
IV.3.1	Die Teilstichproben .....	98
IV.3.2	Diagnostische Beschreibung der Stichproben .....	98
IV.3.3	Medikamentöse Behandlung der Patienten .....	102
IV.3.4	Teilnahmebereitschaft und Ablehnungsgründe .....	102
IV.4	Auswertungsmethodik .....	105
IV.4.1	Kontrolle von Eingabefehlern .....	106
IV.4.2	Exkurs: Voraussetzungen für die statistische Datenanalyse .....	107
IV.4.3	Beschreibung der statistische Verfahren .....	111
IV.4.4	Statistische Datenanalyse .....	114
IV.4.5	Gütekriterien .....	117
<b>V</b>	<b>AUSWERTUNG</b> .....	<b>121</b>
V.1	Wissen und Erfahrungen mit den Auswirkungen einer psychischen Erkrankung .....	121
V.1.1	Wissen und Bedeutung der Diagnose „Depression“ .....	121
V.1.2	Ausmaß an „Stigmatisierung“ mit dieser Diagnose .....	123
V.1.3	Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen in der Vorgeschichte .....	126
V.1.3.1	Psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie .....	126
V.1.3.2	Psychische Probleme in der eigenen Familie .....	126
V.1.4	Aussagen zum sozialen Umfeld und der wahrgenommenen Unterstützung .....	128
V.1.5	Emotionale Auswirkungen durch diese Erkrankung .....	130
V.1.6	Familiären Belastungen und Situation der Kinder .....	142
V.2	Welche Behandlungserfahrungen und Behandlungsvorstellungen haben Patienten und ihre Partner? .....	145
V.2.1	Vorstellungen bezüglich der Erkrankungshäufigkeit und Krankheitsdauer .....	145

V.2.2	Information über verschiedene Bereiche der Behandlung .....	147
V.2.3	Hilfreiche Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung .....	150
V.3	Welche Ursachen für die Entstehung der depressiven Erkrankung werden von Patienten und Partnern generiert? .....	152
V.3.1	Ursachen für diese Erkrankung .....	152
V.3.2	Veränderung der Sicht auf die Ursachen der Erkrankung über die Zeit.....	153
V.3.3	Sicht der Partner, des Arztes und der meisten Menschen auf die Ursachen.....	155
V.3.4	Theorien zur Krankheitsentstehung .....	157
V.3.5	Welche Auslöser werden von Patienten und Partnern beschrieben? .....	165
V.4	Welche Krankheitsverarbeitung wählen Patienten und Partner, die von einer depressiven Erkrankung betroffen sind? .....	170
V.4.1	Hilfreiche Strategien im Umgang mit der Erkrankung .....	170
V.4.2	Strategien zur Krankheitsverarbeitung nach dem Eintritt der Erkrankung .....	173
V.4.3	Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung bei Patienten und Partnern .....	177
V.4.4	Einstellung zu Krankheit und Gesundheit.....	178
V.5	Gibt es einen Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Verantwortlichkeit und der partnerschaftlichen Unterstützung? .....	181
V.5.1	Eigene Verantwortlichkeit für die Krankheitsentstehung .....	181
V.5.2	Verantwortlichkeit des Partners bei der Krankheitsentstehung.....	182
V.5.3	Einstellung zu den Therapiemaßnahmen und Übereinstimmungen .....	183
V.5.4	Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung.....	186
V.5.5	Momentan eingeschätzte Krankheitsbewältigung und Auswirkungen .....	187
V.5.6	Zusammenhang zwischen Hauptursache, Partnerschaftszufriedenheit und Krankheitsbewältigung?.....	190
V.5.7	Zusammenhänge bei Einschätzungen des Eingangsfragebogens .....	194
V.6	Welche Aussagen können zur Veränderung der Beziehungsqualität durch die Erkrankung getroffen werden?.....	197
V.6.1	Ausmaß an momentaner partnerschaftlicher Zufriedenheit .....	197
V.6.2	Ausmaß an partnerschaftlicher Zufriedenheit vor der Erkrankung.....	200
V.6.3	Partnerschaftliche Veränderungen bei Patienten und Partnern .....	202
V.6.4	Beitrag der Partnerschaft bei der aktuellen Krankheitsbewältigung und Ärger.....	206
V.6.5	Skaleneinschätzung und Beziehungsqualität .....	214
V.6.6	Einschätzung des partnerschaftlichen Umgangs und Krankheitsverarbeitung .....	216
V.6.7	Familienrollen innerhalb der Beziehung und Stärke der Familie.....	223
V.7	Welche motivationalen Schemata finden sich bei Patienten und Partnern? .....	229
V.7.1	Annäherungs- und Vermeidungsziele der Patienten .....	229
V.7.2	Annäherungs- und Vermeidungsziele der Partner .....	231
V.7.3	Unterschiede in Annäherungs- und Vermeidungszielen .....	233
V.7.4	Einschätzungen der Probleme und Möglichkeiten des Partners.....	235
V.7.5	Unterschiede in der Selbst- und Fremdwahrnehmung motivationaler Aspekte .....	241
V.7.6	Annäherungs- und Vermeidungsziele glücklicher/unglücklicher Teilnehmer .....	244
V.8	Welche interpersonalen Probleme und Möglichkeiten stehen bei Patienten und Partnern im Vordergrund?.....	249
V.8.1	Interpersonale Probleme und Möglichkeiten der Patienten und Partner.....	249
V.8.2	Woraus schöpfen Patienten und Partner persönlich Kraft?.....	251
V.8.3	Einschätzung eigener Fähigkeiten bei Patienten und Partner .....	254
V.8.4	Einstellung der Patienten und Partner zu Forderungen .....	257
V.8.5	Einstellungen und Erfahrungen zu Psychotherapie und Beratung.....	258

V.8.6	Unterstützungsmarker.....	261
V.9	Welche Vorstellungen existieren bei Patienten und deren Partnern über Therapieziele und hilfreiche Maßnahmen?.....	265
V.9.1	Kurzfristige Therapieziele der Patienten und Partner.....	265
V.9.2	Langfristige Therapieziele der Patienten und Partner .....	272
V.9.3	Hilfreicher und weniger hilfreicher Umgang mit der Erkrankung .....	278
V.9.4	Was sollten Partner mehr tun, damit Verbesserung eintritt? .....	284
V.9.5	Was sollten Partner weniger tun, damit eine Verbesserung eintritt?.....	288
V.9.6	Was braucht der Partner zum besseren Umgang mit der Erkrankung?.....	291
<b>VI</b>	<b>DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE .....</b>	<b>295</b>
VI.1	Wissen und Erfahrungen mit der Erkrankung .....	295
VI.2	Behandlungserfahrungen und Behandlungsvorstellungen .....	301
VI.3	Ursachen für die Entstehung der depressiven Erkrankung .....	306
VI.4	Krankheitsverarbeitung der Patienten und Partner.....	310
VI.5	Wahrgenommene Verantwortlichkeit und Unterstützungsverhalten .....	316
VI.6	Veränderung der Beziehungsqualität und der Krankheitsverarbeitung .....	323
VI.7	Motivationale Schemata bei Patienten und Partnern.....	330
VI.8	Interpersonale Probleme bei Patienten und Partnern.....	337
VI.9	Therapieziele und hilfreiche Maßnahmen.....	342
<b>VII</b>	<b>ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER ERGEBNISSE .....</b>	<b>347</b>
<b>VIII</b>	<b>REHABILITATIVE ABLEITUNGEN.....</b>	<b>363</b>
<b>IX</b>	<b>AUSBLICK .....</b>	<b>379</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>383</b>
	<b>ANHANG .....</b>	<b>399</b>
	Anhang A: Untersuchungsinstrumente .....	399
	Anhang B: Beschreibung der Untersuchungstichprobe .....	418
	Anhang C: Darstellung der Ergebnisse .....	422





# ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Zusammenhang zwischen wahrgenommener Verantwortlichkeit und weiteren Variablen (nach Weiner, 1994) .....	22
Abbildung 2: Individuelle und soziale Copingprozesse nach Lyons et al. (1998). ....	30
Abbildung 3: Circumplexmodell des interaktiven Copings von Barbee (1990). ....	31
Abbildung 4: Hypothesen zur Kausalattribution nach Kelley.....	34
Abbildung 5: Darstellung der Theorie von Weiner (veränderte Wiedergabe). ....	40
Abbildung 6: Transaktionales Modell von Persönlichkeit nach Lazarus & Folkman (1984).....	42
Abbildung 7: Drei-Säulen-Modell der Depression. Aus: Mentzos, S. (1995, S.41ff.).....	43
Abbildung 8: Kausalmodell der Hoffnungslosigkeits-Depression nach Abramson. ....	46
Abbildung 9: Becks kognitive Theorie der Depression.....	48
Abbildung 10: Schematische Darstellung des Untersuchungsablaufes.....	82
Abbildung 11: Schematische Darstellung der Untersuchungsinstrumente und der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer.....	89
Abbildung 12: Darstellung der Beziehungsdauer aller Teilnehmer (n=92) an der Normalverteilungskurve .....	96
Abbildung 13: Statistischer Vergleich zweier Stichproben. ....	108
Abbildung 14: „Ich kann mit der Diagnose etwas anfangen“ (Patienten und Partner).....	122
Abbildung 15: Nennung der zutreffenden Diagnose „Depression“.....	122
Abbildung 16: Höhe des momentan empfundenen Ärgers aufgrund der Erkrankung bei Patienten und Partnern (geschlechtsspezifisch).....	141
Abbildung 17: Angenommene Häufigkeit der Erkrankung .....	146
Abbildung 18: Angenommene Dauer der Erkrankung .....	147
Abbildung 19: Einschätzung des eigenen Anteils bei der Krankheitsentstehung (Geschlecht).....	182
Abbildung 20: Verantwortlichkeit des Partners bei der Krankheitsentstehung (Geschlecht).....	183
Abbildung 21: Bedeutung der Einstellung des Partners zu Therapiemaßnahmen (Gesamt) .....	184
Abbildung 22: Bedeutung der Einstellung des Partners zu Therapiemaßnahmen (Geschlecht).....	184
Abbildung 23: Übereinstimmung mit dem Partner in der Krankheitsbewältigung (Geschlecht) .....	185
Abbildung 24: Einschätzung der Bemühungen des Partners (Geschlecht) .....	186
Abbildung 25: Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit (Patienten: n=46) .....	197
Abbildung 26: Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit (Partner: N=46) .....	198
Abbildung 27: Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit (Geschlecht).....	199
Abbildung 28: Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Patienten).....	200
Abbildung 29: Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Partner) .....	201
Abbildung 30: Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Geschlecht) .....	202
Abbildung 31: Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (Patienten) .....	206
Abbildung 32: Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (Partner).....	207
Abbildung 33: Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (Patienten: glücklich) .....	207
Abbildung 34: Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (Partner: glücklich).....	207
Abbildung 35: Eigene Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung (Gesamt).....	208
Abbildung 36: Eigene Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung (Geschlecht) .....	209
Abbildung 37: Empfundener Ärger aufgrund der Erkrankung (Gesamt).....	209
Abbildung 38: Empfundener Ärger aufgrund der Erkrankung (Geschlecht) .....	210
Abbildung 39: Empfundener Ärger aufgrund der Erkrankung (Patienten: glücklich) .....	210
Abbildung 40: Empfundener Ärger aufgrund der Erkrankung (Partner: glücklich).....	211



# TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht über die Befragungsorte.....	84
Tabelle 2: Ziele von Psychotherapiepatienten (n=198). Faller, H. et al.(1998). Gesundheitsvorstellungen bei Psychotherapiepatienten. ....	88
Tabelle 3: Soziodemografische Beschreibung der Gesamtstichprobe (n=92).....	97
Tabelle 4: Diagnosenzahl (nach ICD-10) der Patientenstichprobe (n=46) .....	98
Tabelle 5: Hauptdiagnosen der Patientenstichprobe (n=46) nach ICD-10 .....	99
Tabelle 6: Zweitdiagnosen der Patientenstichprobe (n=46) nach ICD-10 .....	99
Tabelle 7: Drittdiagnosen der Patientenstichprobe (n=46) nach ICD-10 .....	99
Tabelle 8: Geschlechterverteilung der Hauptdiagnose in der Patientenstichprobe .....	100
Tabelle 9: Geschlechterverteilung der Zweitdiagnose in der Patientenstichprobe .....	101
Tabelle 10: Geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeit in der Patientenstichprobe .....	101
Tabelle 11: Medikation der Patienten (n=46) .....	102
Tabelle 12: Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung (n=133) .....	103
Tabelle 13: Geschlechterverteilung der ablehnenden Personen (n=31).....	103
Tabelle 14: Familiärer Status der Personen, die eine Teilnahme ablehnten (n=31).....	104
Tabelle 15: Übersicht über die Nichtteilnahme an der Untersuchung.....	104
Tabelle 16: Diagnostische Zuordnung der Patienten, die eine Untersuchung ablehnten.....	104
Tabelle 17: Zusammenfassung der Fragestellungen, statistischen Voraussetzungen und Verfahren .....	110
Tabelle 18: Forschungsdimensionen, Reliabilität und Validität. Aus: Cropley, A.J. <i>Qualitative Forschungsmethoden</i> . S.35.....	119
Tabelle 19: Bezeichnung der Erkrankung als „Depression“ .....	121
Tabelle 20: „Nach meiner Erfahrung glauben viele Menschen, an Depressionen ist man selbst schuld“ (Patienten).....	123
Tabelle 21: „Nach meiner Erfahrung glauben viele Menschen, an Depressionen ist man selbst schuld“ (Partner) .....	123
Tabelle 22: „Nach meiner Erfahrung glauben viele Menschen, dass depressive Menschen einfach faul sind“ (Patienten) .....	124
Tabelle 23: „Nach meiner Erfahrung glauben viele Menschen, dass depressive Menschen einfach faul sind“ (Partner).....	124
Tabelle 24: „Ich schäme mich wegen einer psychiatrischen Erkrankung“ (Patienten) .....	124
Tabelle 25: „Ich schäme mich wegen einer psychiatrischen Erkrankung“ (Partnerstichprobe).....	125
Tabelle 26: Fragebogenbeantwortung: Vergleich von Patienten und Partnern: U-Test .....	125
Tabelle 27: Häufigkeiten psychischer Erkrankungen in der familiären Vergangenheit.....	126
Tabelle 28: Wer war in der Vergangenheit erkrankt? (Erstnennung).....	126
Tabelle 29: „Es gibt noch andere psychische Probleme in meiner eigenen Familie“ .....	127
Tabelle 30: Vergleich der Aussagen zur psychischen Erkrankung in der Vergangenheit .....	127
Tabelle 31: „Es gibt noch andere psychische Probleme in meiner Familie“ .....	127
Tabelle 32: Mit diesen Menschen kann ich über die Erkrankung sprechen (Erstnennung).....	128
Tabelle 33: Mit diesen Menschen kann ich <u>nicht</u> über die Erkrankung sprechen .....	129
Tabelle 34: Fragebogenbeantwortung: Vergleich von Patienten und Partnern: U-Test .....	129
Tabelle 35: Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Patientenstichprobe: U-Test.....	130
Tabelle 36: Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Partnerstichprobe: U-Test .....	130
Tabelle 37: Unterschiede innerhalb der Gesamtstichprobe: U-Test .....	131
Tabelle 38: Situationen, in denen Patienten Ärger auf den Partner empfinden (Erstnennung).....	132

Tabelle 39: Situationen, in denen Partner Ärger auf den Patienten empfinden (Erstnennung).....	133
Tabelle 40: Die größten Ängste der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung (Erstnennung) .....	134
Tabelle 41: Die größten Ängste der Partner bezüglich der Erkrankung (Erstnennung) .....	135
Tabelle 42: Die größten Sorgen der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung (Erstnennung).....	136
Tabelle 43: Die größten Sorgen der Partner bezüglich der Erkrankung (Erstnennung) .....	137
Tabelle 44: „Ich würde mir von meinem Partner wünschen, dass...“ (Patienten).....	138
Tabelle 45: „Ich würde mir von meinem Partner wünschen, dass...“ (Partner) .....	139
Tabelle 46: Angabe zu familiären Belastungen innerhalb der Gesamtstichprobe (n=92).....	142
Tabelle 47: Angabe zu familiären Besonderheiten (n=92).....	142
Tabelle 48: Anzahl der Kinder (bis 18 Jahren) in der Gesamtstichprobe (n=92).....	143
Tabelle 49: Altersverteilung des jüngsten Kindes in der Gesamtstichprobe (n=92) .....	143
Tabelle 50: Auffälligkeiten der Kinder (eine Nennung) in der Gesamtstichprobe (n=92).....	144
Tabelle 51: Beschreibung der Besonderheiten in der Eltern-Kind-Beziehung (Gesamt:n=92) .....	144
Tabelle 52: Wissen der Partner um die Erkrankungshäufigkeit (Häufigkeitsverteilung) .....	145
Tabelle 53: Wissen der Patienten um die Erkrankungshäufigkeit (Häufigkeitsverteilung).....	145
Tabelle 54: Wissen der Partner um die Erkrankungsdauer (Häufigkeitsverteilung) .....	146
Tabelle 55: Wissen der Patienten um die Erkrankungsdauer (Häufigkeitsverteilung).....	146
Tabelle 56: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung: U-Test.....	147
Tabelle 57: Einschätzung der Depressionsbehandlung (Mittelwerte und Median) .....	149
Tabelle 58: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten (Mittelwerte und Mediane).....	150
Tabelle 59: Übereinstimmung mit dem Partner bei Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung .....	151
Tabelle 60: Eigene momentanen Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung.....	151
Tabelle 61: Ursachen der depressiven Erkrankung (Erstnennung) .....	152
Tabelle 62: Ursachen der depressiven Erkrankung (Zweitnennung) .....	152
Tabelle 63: Veränderung der Sicht auf die Ursachen über die Zeit .....	153
Tabelle 64: Veränderung der Sicht auf die Ursachen über die Zeit (Patientenaussage).....	153
Tabelle 65: Veränderung der Sicht auf die Ursachen über die Zeit (Partnernaussage) .....	154
Tabelle 66: Inhaltliche Zusammenfassung der Veränderungen (Gesamtstichprobe).....	154
Tabelle 67: „Ich glaube, mein Partner sieht die Hauptursachen der Erkrankung...“ .....	155
Tabelle 68: Was meint Ihr Arzt zu Ihrer Einschätzung der Hauptursachen? .....	155
Tabelle 69: „Was meint Ihr Arzt zu Ihrer Einschätzung der Hauptursachen?“ (Partner).....	156
Tabelle 70: „Was meint Ihr Arzt zu Ihrer Einschätzung der Hauptursachen?“ (Patienten) .....	156
Tabelle 71: „Ich glaube, die meisten Menschen sehen die Hauptursache der Erkrankung in...“ .....	156
Tabelle 72: „Ich glaube, die meisten Menschen sehen die Hauptursache der Erkrankung in...“ .....	157
Tabelle 73: Unterschiede der Patiententheorien (Patienten und Partner): U-Test .....	157
Tabelle 74: Geschlechtsunterschiede bei den Patiententheorien (Patienten): U-Test .....	160
Tabelle 75: Geschlechtsunterschiede bei den Patiententheorien (Partner): U-Test.....	162
Tabelle 76: „Ich glaube, dass es einen konkreten Auslöser für die Erkrankung gibt.“ .....	165
Tabelle 77: Auslöser für die Entstehung der Depression (Patienten- Erstnennung) .....	166
Tabelle 78: Auslöser für die Entstehung der Depression (Patienten-Zweitnennung) .....	167
Tabelle 79: Auslöser für die Entstehung der Depression (Partner- Erstnennung).....	168
Tabelle 80: Auslöser für die Entstehung der Depression Partner (Zweitnennung).....	169
Tabelle 81: „Was war hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Erstnennung).....	170
Tabelle 82: Was war hilfreich? (Partnerstichprobe – Erstnennung).....	171
Tabelle 83: Was war <i>nicht</i> hilfreich? (Patientenstichprobe – Erstnennung).....	172
Tabelle 84: „Was war <i>nicht</i> hilfreich? (Partnerstichprobe – Erstnennung).....	172

Tabelle 85: Welche Strategien haben Ihnen am meisten geholfen? FKV- Erstnennung.....	173
Tabelle 86: Welche Strategien haben Ihnen am meisten geholfen? FKV- Zweitnennung .....	174
Tabelle 87: Welche Strategien haben Ihnen am meisten geholfen? FKV- Drittnennung .....	175
Tabelle 88: Was hat Partner bisher versucht, damit es Ihnen besser geht? (Patienten).....	175
Tabelle 89: Was hat Partner bisher versucht, damit es Ihnen besser geht? (Partner) .....	176
Tabelle 90: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (Patienten und Partner).....	177
Tabelle 91: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (Patienten).....	177
Tabelle 92: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (Partner) .....	178
Tabelle 93: Einstellung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) –Gesamtstichprobe: U-Test .....	178
Tabelle 94: Einstellung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) - Patientenstichprobe .....	179
Tabelle 95: Einstellung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) - Partnerstichprobe.....	180
Tabelle 96: Übereinstimmung mit dem Partner in Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung .....	187
Tabelle 97: Einschätzung der eigenen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung .....	187
Tabelle 98: Einschätzung des Beitrages der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung.....	187
Tabelle 99: Einschätzung der Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung .....	188
Tabelle 100: Einschätzung des momentan empfundenen Ärgers aufgrund der Erkrankung .....	188
Tabelle 101: Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen .....	188
Tabelle 102: Einschätzung des Anteils des Partners bei der Krankheitsentstehung.....	189
Tabelle 103: Korrelationen zwischen den Beurteilungsskalen (Gesamtstichprobe): .....	189
Tabelle 104: Ursachenzuschreibung (Hauptursache) innerhalb der Partnerstichprobe .....	190
Tabelle 105: Ursachenzuschreibung (Hauptursache) innerhalb der Patientenstichprobe.....	190
Tabelle 106: Korrelationen zwischen Hauptursache und Beurteilungsskalen (Gesamt): Teil 1 .....	191
Tabelle 107: Korrelationen zwischen Hauptursache und Beurteilungsskalen (Gesamt): Teil 2 .....	191
Tabelle 108: Korrelationen zwischen der partnerschaftlichen Bewältigung und Copingstrategien (Patienten).....	192
Tabelle 109: Korrelationen zwischen der partnerschaftlichen Bewältigung und Copingstrategien (Partner) .....	193
Tabelle 110: Ausgewählte Korrelationen des Eingangsfragebogens ( $r_s > 0.5$ ): Gesamt .....	194
Tabelle 111: Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit (Patienten).....	197
Tabelle 112: Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit (Partner) .....	198
Tabelle 113: Korrelationen der Bewältigungsskalen mit Partnerschaftszufriedenheit .....	199
Tabelle 114: Einschätzung des Partnerschaftsfragebogens (Gesamt): U-Test.....	200
Tabelle 115: Einschätzung Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Patienten) .....	201
Tabelle 116: Einschätzung Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Partner).....	201
Tabelle 117: Einschätzung Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Gesamt) .....	202
Tabelle 118: Einschätzung Partnerschaftszufriedenheit im Augenblick (Gesamt) .....	203
Tabelle 119: Unterschiede über die Zeit: Wilcoxon-Test für zwei verbundene Stichproben .....	203
Tabelle 120: Einschätzung der Beziehungsveränderung.....	204
Tabelle 121: Differenzen der Partnerschaftsqualität <i>vor</i> und <i>nach</i> dem Krankheitseintritt .....	204
Tabelle 122: Übereinstimmung der Partner in der Beurteilung der Partnerschaftsqualität.....	205
Tabelle 123: Was hat sich innerhalb der Beziehung durch die Erkrankung verbessert? .....	205
Tabelle 124: Was hat sich innerhalb der Beziehung durch die Erkrankung verschlechtert? .....	206
Tabelle 125: Beitrags der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (Kreuztabellen).....	208
Tabelle 126: Einschätzung des momentan empfundenen Ärgers aufgrund der Erkrankung .....	211
Tabelle 127: Unterschiede in der Bewertung der Skalen (Gesamt): ANOVA .....	212
Tabelle 128: Geschlechtunterschiede in der Skalenbewertung (Patienten): ANOVA.....	212
Tabelle 129: Geschlechtsunterschiede in der Skalenbewertung (Partner): ANOVA .....	213

Tabelle 130: Skaleneinschätzung nach Beziehungsqualität (Gesamt): ANOVA .....	214
Tabelle 131: Skaleneinschätzung nach Beziehungsqualität (Patienten): ANOVA.....	214
Tabelle 132: Skaleneinschätzung nach Beziehungsqualität (Partner): ANOVA .....	215
Tabelle 133: Eingangsfragebogenbewertung nach Beziehungsqualität (Patienten): U-Test .....	216
Tabelle 134: Eingangsfragebogenbewertung nach Beziehungsqualität (Partner): U-Test.....	217
Tabelle 135: Beurteilung der Partnerschaftsqualität (PFB)- Gesamt: U-Test.....	218
Tabelle 136: Beurteilung der Partnerschaftsqualität (PFB)- Gesamt glücklich: U-Test .....	218
Tabelle 137: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (FKV)-Gesamt glücklich: U-Test .....	219
Tabelle 138: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (FKV) – Patienten glücklich: U-Test.....	219
Tabelle 139: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (FKV) – Partner glücklich: U-Test .....	219
Tabelle 140: Unterschiede in Patiententheorien (PATEF) –Gesamt glücklich: U-Test.....	220
Tabelle 141: Unterschiede in Patiententheorien (PATEF) – Patienten glücklich: U-Test .....	220
Tabelle 142: Unterschiede in Patiententheorien (PATEF) – Partner glücklich: U-Test .....	221
Tabelle 143: Unterschiede in Kontrollüberzeugungen – Gesamt glücklich: ANOVA.....	221
Tabelle 144: Unterschiede in Kontrollüberzeugungen – Patienten glücklich: ANOVA .....	222
Tabelle 145: Unterschiede in Kontrollüberzeugungen – Partner glücklich: ANOVA.....	222
Tabelle 146: In unserer Familie bin ich Derjenige/Diejenige, der/die... (Patientenaussage).....	223
Tabelle 147: In unserer Familie ist mein Partner der/die, der...(Patientenaussage) .....	224
Tabelle 148: In unserer Familie bin ich Derjenige/Diejenige, der/die... (Partnernaussage) .....	225
Tabelle 149: In unserer Familie ist mein Partner der/die, der/die... (Partnernaussage).....	226
Tabelle 150: Ich glaube, dass die Stärke unserer Familie darin liegt ... (Patientenaussage) .....	227
Tabelle 151: Ich glaube, dass die Stärke unserer Familie darin liegt, dass...(Partnernaussage) .....	228
Tabelle 152: Annäherungs- und Vermeidungsziele von Patienten (U-Test: Skalen).....	229
Tabelle 153: Annäherungs- und Vermeidungsziele von Partnern (U-Test: Skalen) .....	231
Tabelle 154: Annäherungs- und Vermeidungsziele von Patienten und Partnern (U-Test).....	233
Tabelle 155: Fremdeinschätzungen* der Annäherungs- und Vermeidungsziele (Gesamt).....	235
Tabelle 156: Fremdeinschätzungen der Patienten durch die Partner: U-Test.....	237
Tabelle 157: Fremdeinschätzungen der Partner durch die Patienten: U-Test.....	239
Tabelle 158: Vergleich von Selbst-(Patienten) und Fremdeinschätzung (Partner): U-Test.....	241
Tabelle 159: Vergleich der Selbst- (Partner) und Fremdeinschätzung (Patienten): U-Test .....	242
Tabelle 160: Unterschiede innerhalb der Patientenstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test .....	244
Tabelle 161: Unterschiede innerhalb der Partnerstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test.....	244
Tabelle 162: Annäherungsziele in der Patientenstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test.....	246
Tabelle 163: Vermeidungsziele in der Patientenstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test.....	247
Tabelle 164: Annäherungsziele in der Partnerstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test .....	248
Tabelle 165: Vermeidungsziele in der Partnerstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test .....	248
Tabelle 166: Interpersonale Probleme von Patienten und Partnern: U-Test .....	249
Tabelle 167: Interpersonale Probleme der Patienten (Geschlecht): U-Test .....	250
Tabelle 168: Interpersonale Probleme der Partner (Geschlecht): U-Test.....	250
Tabelle 169: Patienten: „Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Erstnennung) .....	251
Tabelle 170: Patienten: „Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Zweitnennung).....	252
Tabelle 171: Partnernaussage: „Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Erstnennung).....	253
Tabelle 172: Partnernaussage: Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Zweitnennung).....	253
Tabelle 173: Fähigkeiten, die Patienten sich zuschreiben (Erstnennung) .....	254
Tabelle 174: Fähigkeiten, die Patienten sich zuschreiben (Zweitnennung).....	255
Tabelle 175: Fähigkeiten, die Partner sich zuschreiben (Erstnennung) .....	256

Tabelle 176: Fähigkeiten, die Partner sich zuschreiben (Zweitnennung) .....	257
Tabelle 177: Vielleicht müsste Partner mehr Forderungen stellen (Patientenaussage).....	257
Tabelle 178: Vielleicht müsste ich mehr Forderungen an Partner* stellen (Partnervoraussetzung) .....	258
Tabelle 179: „Ich habe bereits Beratungsangebote in Anspruch genommen.“ (Patienten) .....	258
Tabelle 180: „Ich habe bereits Beratungsangebote in Anspruch genommen.“ (Partner) .....	258
Tabelle 181: „Psychotherapie halte ich persönlich zur Krankheitsbewältigung für hilfreich.“ .....	259
Tabelle 182: „Wie hilfreich ist/war Ihre ambulante Psychotherapie (Patientenstichprobe).....	259
Tabelle 183: „Wie hilfreich ist/war Ihre ambulante Psychotherapie (Partnerstichprobe) .....	260
Tabelle 184: Kritik an der Psychotherapie (Patientenstichprobe) .....	260
Tabelle 185: Kritik an der Psychotherapie (Partnerstichprobe).....	261
Tabelle 186: Welches Verhalten veranlasst Sie zu unterstützen? Patienten: Erstnennung .....	262
Tabelle 187: Welches Verhalten veranlasst Sie zu unterstützen? Patienten (Zweitnennung) .....	262
Tabelle 188: Welches Verhalten veranlasst Sie zu unterstützen? Partner: Erstnennung .....	263
Tabelle 189: Welches Verhalten veranlasst Sie zu unterstützen? (Partner: Zweitnennung).....	264
Tabelle 190: Kurzfristige Therapieziele von Patienten und Partnern (Erstnennung).....	265
Tabelle 191: Kurzfristige Therapieziele von Patienten (Erstnennung).....	266
Tabelle 192: Kurzfristige Therapieziele der Patienten (Erstnennung) .....	267
Tabelle 193: Kurzfristige Therapieziele der Patienten (Zweitnennung) .....	268
Tabelle 194: Kurzfristige Therapieziele der Partner (Erstnennung).....	269
Tabelle 195: Kurzfristige Therapieziele der Partner (Erstnennung).....	270
Tabelle 196: Kurzfristige Therapieziele der Partner (Zweitnennung).....	271
Tabelle 197: Langfristige Therapieziele von Patienten und Partnern (Kreuztabelle).....	272
Tabelle 198: Langfristige Ziele der Patienten (Erstnennung).....	273
Tabelle 199: Langfristige Ziele der Partner (Erstnennung) .....	274
Tabelle 200: Langfristige Therapieziele der Patienten (Erstnennung).....	275
Tabelle 201: Langfristige Therapieziele der Patienten (Zweitnennung).....	276
Tabelle 202: Langfristige Therapieziele der Partner (Erstnennung) .....	277
Tabelle 203: Langfristige Therapieziele der Partner (Zweitnennung) .....	277
Tabelle 204: Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen? (Patienten – Erstnennung).....	278
Tabelle 205: Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen? (Patienten – Zweitnennung) .....	279
Tabelle 206: Was hat Ihnen bisher <i>nicht</i> geholfen? (Patienten – Erstnennung).....	280
Tabelle 207: Was hat Ihnen bisher <i>nicht</i> geholfen? (Patienten – Zweitnennung).....	280
Tabelle 208: Was hat Ihnen bisher <i>nicht</i> geholfen? (Patienten – Drittnennung).....	281
Tabelle 209: Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen? (Partner – Erstnennung) .....	281
Tabelle 210: Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen? (Partner – Zweitnennung).....	282
Tabelle 211: Was hat Ihnen bisher <i>nicht</i> geholfen? (Partner – Erstnennung) .....	282
Tabelle 212: Was hat Ihnen bisher <i>nicht</i> geholfen? (Partner – Zweitnennung) .....	283
Tabelle 213: Was hat Ihnen bisher <i>nicht</i> geholfen? (Partner – Drittnennung) .....	283
Tabelle 214: Das sollte mein Partner mehr tun (Patienten – Erstnennung).....	284
Tabelle 215: Das sollte mein Partner mehr tun (Patienten – Zweitnennung) .....	285
Tabelle 216: Das sollte mein Partner mehr tun (Partner – Erstnennung) .....	286
Tabelle 217: Das sollte mein Partner mehr tun (Partner – Zweitnennung).....	287
Tabelle 218: Das sollte mein Partner weniger tun (Patienten – Erstnennung) .....	288
Tabelle 219: Das sollte mein Partner weniger tun (Patienten – Zweitnennung).....	289
Tabelle 220: Das sollte mein Partner weniger tun (Partner – Erstnennung).....	289
Tabelle 221: Das sollte mein Partner weniger tun (Partner – Zweitnennung) .....	290

Tabelle 222: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung (Patienten–Erstnennung).....	291
Tabelle 223: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung(Patienten–Zweitnennung).....	291
Tabelle 224: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung (Patienten– Drittnennung).....	292
Tabelle 225: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung (Partner – Erstnennung) .....	292
Tabelle 226: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung (Partner – Zweitnennung) .....	293
Tabelle 227: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung (Partner – Drittnennung) .....	293
Tabelle B. 1: Soziodemografische Beschreibung der Geschlechtergruppen.....	418
Tabelle B. 2: Geschlechterverteilung der Dritt diagnose in der Patientenstichprobe (ICD-10).....	419
Tabelle B. 3: Geschlechterverteilung der krankheitsspezifischen Parameter (Patienten) .....	420
Tabelle B. 4: Diagnosenzahl (nach ICD-10) der Patientenstichprobe (n=46).....	420
Tabelle B. 5: Geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeit in der Patientenstichprobe.....	421
Tabelle B. 6: Diagnostische Zuordnung der Patienten, die eine Untersuchung ablehnten .....	421
Tabelle C.1. 1: „Wer hat Ihnen die Diagnose mitgeteilt?“ .....	422
Tabelle C.1. 2: Erste Reaktion (Gedanken) nach der Mitteilung einer psychischen Erkrankung .....	422
Tabelle C.1. 3: Zweite Reaktion (Gedanken) nach der Mitteilung einer psychischen Erkrankung .....	423
Tabelle C.1. 4: Mit diesen Menschen kann ich über die Erkrankung und mein Befinden spre- chen (Zweitnennung) .....	424
Tabelle C.1. 5: Mit diesen Menschen kann ich <i>nicht</i> über die Erkrankung und mein Befinden sprechen (Zweitnennung) .....	425
Tabelle C.1. 6: Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Patientenstichprobe: U-Test nach Mann und Whitney für unabhängige Stichproben; *signifikant ( $p < 0.05$ ), ** $p < 0.01$ .....	425
Tabelle C.1. 7: Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Partnerstichprobe: U-Test .....	426
Tabelle C.1. 8: Situationen, in denen Patienten Ärger auf ihren Partner empfinden .....	427
Tabelle C.1. 9: Situationen, in denen Patienten Ärger auf ihren Partner empfinden (Drittnennung) .....	427
Tabelle C.1. 10: Situationen, in denen Partner Ärger auf den Patienten empfinden (Zweitnennung) .....	428
Tabelle C.1. 11: Situationen, wenn Partner Ärger auf den Patienten empfinden (Drittnennung) .....	429
Tabelle C.1. 12: Die größten Ängste der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung (Zweitnennung) .....	429
Tabelle C.1. 13: Die größten Ängste der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung (Drittnennung) .....	430
Tabelle C.1. 14: Die größten Ängste der Partner bezüglich der Erkrankung (Zweitnennung).....	430
Tabelle C.1. 15: Die größten Ängste der Partner bezüglich der Erkrankung (Drittnennung).....	431
Tabelle C.1. 16: Die größten Sorgen der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung (Zweitnennung): („Ich mache mir Sorgen darüber, dass...“) .....	431
Tabelle C.1. 17: Die größten Sorgen der Partner bezüglich der Erkrankung (Zweitnennung) .....	432
Tabelle C.1. 18: Angabe zu familiären Belastungen innerhalb der Patientenstichprobe (n=46) .....	432
Tabelle C.1. 19: Angabe zu familiären Belastungen innerhalb der Partnerstichprobe (n=46).....	433
Tabelle C.2. 1: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung durch die Patienten (geschlechtsspezifisch).....	433
Tabelle C.2. 2: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung durch die Partner (geschlechtsspezifisch) .....	435
Tabelle C.2. 3: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung durch die Patienten (Mittelwerte und Median) .....	436



Tabelle C.2. 4: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung durch die Partner (Mittelwerte und Median).....	437
Tabelle C.2. 5: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten (Partner und Patienten): U-Test .....	437
Tabelle C.2. 6: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch die Patienten: U-Test* .....	441
Tabelle C.2. 7: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch die Partner: U-Test* .....	444
Tabelle C.2. 8: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch Patienten (geschlechtsspezifische Mittelwerte und Mediane) .....	446
Tabelle C.2. 9: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch Partner (geschlechtsspezifische Mittelwerte und Mediane) .....	447
 Tabelle C.3. 1 Ursachen der depressiven Erkrankung – geschlechtsspezifisch (Erstnennung) .....	448
 Tabelle C.4. 1: „Was tun Sie selbst, um mit der Situation umgehen zu können? Was war hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Zweitnennung).....	448
Tabelle C.4. 2: „Was tun Sie selbst, um mit der Situation umgehen zu können? Was war hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Drittnennung) .....	449
Tabelle C.4. 3: „Was war nicht hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Zweitnennung) .....	450
Tabelle C.4. 4: „Was war nicht hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Drittnennung) .....	450
Tabelle C.4. 5: „Was tun Sie selbst, um mit der Situation umgehen zu können? Was war hilfreich?“ (Partnerstichprobe – Zweitnennung).....	451
Tabelle C.4. 6: „Was tun Sie selbst, um mit der Situation umgehen zu können? Was war hilfreich?“ (Partnerstichprobe – Drittnennung).....	451
Tabelle C.4. 7: „Was war <i>nicht</i> hilfreich?“ (Partnerstichprobe – Zweitnennung).....	452
Tabelle C.4. 8: „Was war <i>nicht</i> hilfreich?“ (Partnerstichprobe – Drittnennung).....	452
Tabelle C.4. 9: „Was hat Ihr Partner bisher versucht, damit es Ihnen besser geht?“ (Patienten- Zweitnennung) .....	453
Tabelle C.4. 10: Was hat Ihr Partner bisher versucht, damit es Ihnen besser geht? (Partner- Zweitnennung) .....	453
Tabelle C.4. 11: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (FKV): U-Test .....	454
Tabelle C.4. 12: Geschlechtsspezifische Auswertung der Einzelitems (FKV): Patienten.....	456
Tabelle C.4. 13: Geschlechtsspezifische Auswertung der Einzelitems (FKV) der Partner .....	457
 Tabelle C.5. 1: Korrelationen zwischen den Skalen (Patienten): Rangkorrelation nach Spearman.....	459
Tabelle C.5. 2: Korrelationen zwischen den Skalen (Partner): Rangkorrelation nach Spearman .....	459
Tabelle C.5. 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der Beurteilungsskalen der Patienten- und Partnerstichproben (n=46) sowie der Gesamtstichprobe (n=92).....	460
Tabelle C.5. 4: Korrelationen zwischen Hauptursache, Partnerschaftszufriedenheit und Beurteilungsskalen (Patientenstichprobe): Rangkorrelation nach Spearman - Teil 1 ....	460
Tabelle C.5. 5: Korrelationen zwischen Hauptursache, Partnerschaftszufriedenheit und Beurteilungsskalen (Patientenstichprobe): Rangkorrelation nach Spearman- Teil 2 ....	461
Tabelle C.5. 6: Korrelationen zwischen Hauptursache, Partnerschaftszufriedenheit und Beurteilungsskalen (Partnerstichprobe): Rangkorrelation nach Spearman- Teil 1 .....	461
Tabelle C.5. 7: Korrelationen zwischen Hauptursache, Partnerschaftszufriedenheit und Beurteilungsskalen (Partnerstichprobe): Rangkorrelation nach Spearman- Teil 2 .....	462
 Tabelle C.6. 1: Unterschiede in der Einschätzung des Eingangsfragebogens bei Patienten, die ihre Beziehung als glücklich/unglücklich beschreiben: U-Test .....	462

Tabelle C.6. 2: Unterschiede in der Einschätzung des Eingangsfragebogens bei Partnern, die ihre Beziehung als glücklich/unglücklich beschreiben: U-Test .....	465
Tabelle C.7. 1: Vergleich der Selbsteinschätzung der Patienten mit der Fremdeinschätzung der Partner hinsichtlich der Annäherungs- und Vermeidungsziele .....	467
Tabelle C.7. 2: Vergleich der Selbsteinschätzung der Partner mit der Fremdeinschätzung der Patienten hinsichtlich der Annäherungs- und Vermeidungsziele (Signifikanzen) .....	469
Tabelle C.8. 1: Patienten: „Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Drittnennung) .....	470
Tabelle C.8. 2: Partneraussage: Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Drittnennung) .....	470
Tabelle C.8. 3: Fähigkeiten, die Patienten sich zuschreiben (Drittnennung) .....	471
Tabelle C.8. 4: Fähigkeiten, die Partner sich zuschreiben (Drittnennung).....	471
Tabelle C.9. 1: Langfristige Therapieziele der Patienten (Drittnennung) .....	472
Tabelle C.9. 2: Langfristige Therapieziele der Partner (Drittnennung) .....	472
Tabelle C.9. 3: „Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen?“ (Patienten – Drittnennung) .....	473
Tabelle C.9. 4: „Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen?“ (Partner – Drittnennung).....	474
Tabelle C.9. 5: „Das sollte mein Partner mehr tun...“ (Patienten – Drittnennung).....	474
Tabelle C.9. 6: „Das sollte mein Partner mehr tun...“ (Patienten – Viertnennung).....	475
Tabelle C.9. 7: „Das sollte mein Partner mehr tun...“ (Partner – Drittnennung) .....	475
Tabelle C.9. 8: Das sollte mein Partner mehr tun (Partner – Viertnennung) .....	476

# ANLIEGEN DER UNTERSUCHUNG

Diese Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage, welche Krankheitskonzepte depressive Patienten und ihre nächsten Bezugspersonen generieren. Dabei stehen Patienten mit (rezidivierenden) depressiven Episoden (ohne psychotische Symptome) gemäß ICD-10 und ihre Partner im Vordergrund.

Das Ziel der Untersuchung besteht darin, auf der Grundlage einer ressourcenorientierten explorativen Sichtweise die rehabilitativen Möglichkeiten für depressive Patienten und ihre Partner zu erweitern. Den Ausgangspunkt der Überlegungen bilden Ergebnisse der Complianceforschung, die deutlich machen, dass die Übereinstimmung der *Krankheitskonzepte* von Arzt und Patient die Behandlungsergebnisse entscheidend verbessert. Theoriegeleitet soll der Frage nachgegangen werden, in welchen Aspekten sich die Attributionen auf Krankheitsursachen bei Patienten und ihren Partnern unterscheiden und welche Auswirkungen sich daraus auf das Unterstützungsverhalten ergeben. Zur Unterstützung der Ableitung rehabilitativer Maßnahmen sollen die motivationalen Voraussetzungen als Moderatoren einbezogen werden. Als empirisch abgesicherte Modelle werden aus dem Spektrum der Attributionstheorien die Theorien der Kausalattribution (Weiner, 1986), der wahrgenommenen Verantwortlichkeit (Weiner, 1986) und der gelernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975; Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) zugrunde gelegt und daraus interessierende Fragestellungen entwickelt. Den Rahmen für die Erfassung der motivationalen Zusammenhänge bildet die Konsistenztheorie von Grawe (1998). Die theoretische Grundlage für die Untersuchung des partnerschaftlichen Verhaltens bieten die Konzepte des empathischen Copings (DeLongis & O'Brian, 1990) und des interaktiven Copings von Barbee (1990).

Die Klassifikationen der Depression nach ICD-10 und DSM-IV stellen *diagnostische* Kategoriensysteme dar, die sich bewusst darüber sind, weitreichende Aspekte der Psychopathologie und Psychodynamik nicht zu beachten. Diese Arbeit soll sich der Aufforderung der Autoren stellen, darüber die individuellen persönlichen Besonderheiten des einzelnen Patienten nicht aus dem Auge zu verlieren (Dilling et al., 2005, S. 11). Ein hoher Stellenwert kam der geschlechtsspezifischen Betrachtung von Patienten und Partnern und deren Sichtweisen zu. Die Daten wurden durch die Untersuchung von diagnostizierten depressiven Patienten einer Psychiatrie- und Psychotherapiestation und ihrer Partner erhoben.

Die Untersuchungsmethodik besteht in einem, an die Fragestellungen adaptierten, semi-strukturierten Interview sowie statistisch und empirisch abgesicherten Fragebögen.



# I Einleitung

Depressive Erkrankungen sind aufgrund der Verbreitung in der Bevölkerung zunehmend in das Blickfeld der Forschung gelangt. Depressionen gehören neben den Angsterkrankungen zu den häufigsten vergebenen Diagnosen in der ambulanten sowie akuten psychiatrischen Versorgung. Nach epidemiologischen Studien leiden derzeit in Deutschland mindestens 5% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Depression. Diese Zahl erhöht sich im Verlauf eines Jahres auf ungefähr 12% (Wittchen et al., 2000). Die Weltgesundheitsorganisation schätzt ein, dass weltweit die Neuerkrankungen zunehmen werden. Daher erklärte sie die Depressionen, neben den kardiovaskulären Erkrankungen, inzwischen zur zweithäufigsten „Volkskrankheit“, die sowohl eine hohe volkswirtschaftliche Belastung als auch enorme Auswirkungen auf die Betroffenen selbst sowie ihr soziales Umfeld darstellen.

Neben den Behandlungskosten verursachen Depressionen erhebliche Belastungen für die Volkswirtschaft durch etwa 11 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage und 15000 Frühberentungen pro Jahr in Deutschland. (Spießl, Hübner-Liebermann, Hajak 2006). Depressionen stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Schmerzstörungen (Benkert, 2005).

Seelische Erkrankungen stellen nach Aussagen des Verbandes der Deutschen Rentenversicherer ca. 37% der Berentungsursachen (VDR, 2005). Aufgrund der Dunkelziffer ist die Suizidrate depressiver Menschen schwierig zu beurteilen. Es wird daher geschätzt, dass etwa 45-70% aller Suizidopfer zuvor an einer Depression gelitten haben (Wolfersdorf, 2000). Nach Müller-Rörich et al. (2007) sterben in der Bundesrepublik Deutschland jährlich etwa 10 000 Menschen durch Suizid, wobei mehr als doppelt so viele Männer als Frauen betroffen sind. Die Zahl der Selbsttötungsversuche kann aus datenrechtlichen Gründen nicht erhoben werden, sie werden auf das zehnfache bis fünfzehnfache geschätzt (Landesarbeitsgemeinschaft der Arbeitskreise Leben in Baden-Württemberg, 2004).

Laut einer Studie der Weltgesundheitsorganisation WHO ist die unipolare Depression „die weltweit häufigste Ursache für mit Behinderung gelebte Lebensjahre“.

In den Industrieländern gehen den Menschen durch keine andere Erkrankung mehr gesunde Lebensjahre verloren, als durch die Depression. Neben den Behandlungskosten verursachen Depressionen durch etwa 11 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage und 15000 Frühberentungen pro Jahr in Deutschland erhebliche Belastungen für die Volkswirtschaft (Spießl, Hübner-Liebermann, Hajak 2006).

Bundesweite „Bündnisse gegen Depression“ haben sich beispielsweise in Regensburg, Düsseldorf und Berlin gebildet. Sie haben sich das Ziel gesetzt, neben einer besseren Aufklä-

rung und Beratung der Bevölkerung der „Stigmatisierung“ dieser Erkrankung sowie der Betroffenen entgegen zu wirken (Hegerl, Althaus et al., 2003).

Das Kompetenznetz Depression war so erfolgreich, dass daraus eine europaweite Bewegung entstanden ist, die „European Alliance Against Depression“ (EAAD).

In Repräsentativbefragungen wurde festgestellt, dass etwa die Hälfte der von Depression betroffenen Menschen in Deutschland aus Angst vor einer psychiatrischen Diagnose keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen (Schüller, 2005). Das Bundesministerium für Gesundheit hat 2006 das sechste nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ veröffentlicht. Das erscheint auf dem Hintergrund der Wahrnehmung von Depressionen in der Allgemeinbevölkerung auch hinreichend notwendig. Untersuchungen zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zeigen, dass Depressionen überwiegend nicht als psychische Störung anerkannt, sondern als „Charakter- und Willensschwäche“ interpretiert werden (Jorm, Korten, Jacomb et al., 1999). Nach Müller-Rörich et al. (2007) sehen viele Betroffene einen engen Zusammenhang zwischen der Krankheit und den ablehnenden Reaktionen innerhalb der Gesellschaft (S.37). Neben biologischen und persönlichen Faktoren werden auch gesellschaftliche Einflüsse auf die Krankheitsentstehung diskutiert. Zudem ist nicht geklärt, welchen Beitrag eine verbesserte Diagnostik oder ein höheres Lebensalter zu den steigenden Erkrankungszahlen leisten.

Die Bedeutung der Angehörigen bei der Bewältigung psychischer Erkrankungen ist allgemein unbestritten, jedoch noch wenig wissenschaftlich untersucht. In der Angehörigenforschung dominierte bisher die Befragung der betroffenen Partner hinsichtlich ihres Erlebens und Verhaltens gegenüber dem Erkrankten. Qualitative Untersuchungen haben dazu beigetragen, die Belastungsfaktoren, denen Partner und Partnerschaft ausgesetzt sind, zu benennen (Bischkopf, 2002, 2005).

Zahlreiche Ratgeber sind inzwischen erschienen, in denen die Problematik der Partner depressiv Erkrankter eine stärkere Berücksichtigung finden (Epstein Rosen & Amador, 2004), jedoch häufig keinen Eingang in die Lebenswirklichkeit der Betroffenen finden. Es gibt kaum Untersuchungen, in denen die Betroffenen *und* ihre Lebenspartner zu einem interessierenden Sachverhalt befragt werden (vgl. Bodenmann et al., 2001). Zudem wird argumentiert, dass durch die kognitiven Verzerrungen als Symptom der Depression (Beck, 1996) eine „objektive“ Beurteilung durch die Erkrankten nicht möglich sei.

In dieser Arbeit sollen jedoch die subjektiven Sichtweisen der depressiven Menschen und ihrer Partner im Vordergrund stehen und miteinander in Beziehung gesetzt werden.

Das medizinische Modell der Diagnostik steht in der Tradition der Virchowschen Pathologie und verlangt eine eindeutige Zuordnung zu den Kategorien „gesund“ versus „krank“. Die ge-

naue Diagnosestellung und deren Abgrenzung zu anderen Krankheiten impliziert eindeutige Handlungsanweisungen für die Therapie, auch wenn zunehmend versucht wird, multiaxiale Klassifikationssysteme einzuführen und praktisch zu nutzen. Psychiatrische Diagnosen nach dem ICD-10 (Dilling, 2005) können aufgrund ihrer Zielstellung nur Kategoriensysteme und Konstrukte im Querschnitt abbilden, die oftmals einen Widerspruch zu den „Laienvorstellungen“ über Krankheit und Gesundheit darstellen. In die Richtung einer stärkeren Berücksichtigung der *individuellen* Bewertung der Erkrankung weisen der schulenübergreifende integrative Ansatz der „Klärungsorientierten Psychotherapie“ (Sachse, 2003) und einer „Persönlichkeitsorientierten Psychotherapie“ (Ritz-Schulte, Schmidt & Kuhl, 2008). Klärung meint in diesem Sinn eine Betrachtung des Patienten als Inhaltsexperten, den Therapeuten eher als Prozessgestalter. Ehrenberg (2004) stärkt aus psycho-analytischer Sicht die Rolle des Patienten und seiner individuellen Krankheitsbewältigung. Es gehe darum, „die Beziehung zu sich selbst neu zu organisieren, und nicht darum, sich möglichst wohl zu fühlen...Der Kranke ist ein leidendes Subjekt, das sich nur als geheilt ansehen kann, wenn es die Krankheit in seine eigene Erfahrung und Geschichte integriert“ (S.243). Das Erkennen der besonderen Bedeutung der Emotionen führt jetzt zu neuen integrativen Therapiemethoden und –ansätzen, wie beispielsweise die Schematherapie (Young, 2005; Sachse et al., 2008), die Emotionsfokussierte Therapie (Greenberg, 2003, 2006) oder Achtsamkeitsbasierte Verfahren (Heidenreich & Michalak, 2004; Linehan, 1996). Diese Arbeit möchte ebenfalls einen integrativen Beitrag leisten.

Es ist wenig darüber bekannt, welche Bewertungen, Krankheitstheorien und Ursachenvorstellungen die Betroffenen *und* ihre Partner *selbst* hinsichtlich der Diagnose der Depression entwickeln und welche intra- und interpersonalen motivationalen Ressourcen und Emotionen bei der Krankheitsbewältigung angesprochen werden können.

Das Forschungsfeld der Angehörigenintegration in die Behandlung wird durch bisherige Forschungsergebnisse sehr unzureichend abdeckt (Ernst et al., 2006). Es ist

wenig darüber bekannt, welche Unterschiede in den „Krankheitskonzepten“ bei Betroffenen und deren Angehörigen vorliegen und wie die Diagnose einer psychischen Erkrankung *heute* bewertet wird.

Diese Untersuchung beschäftigt sich aus den genannten Gründen mit der Fragestellung, welche Theorien depressiv Erkrankte *und* ihre Partner zur Entstehung und zum Verlauf der Erkrankung entwickeln. Welche Annahmen bezüglich der Krankheitsursachen lassen sich finden und haben einen Einfluss auf die dyadische Krankheitsbewältigung? Was bedeutet die Diagnose der Depression für die Betroffenen und ihre Partner? Auf welche Überzeugungen von „Gesundheit und Krankheit“ trifft die Diagnose „Depression“ bei den Patienten und

ihren Partnern? Welche Attributionen werden damit initiiert, welche motivationalen Schemata beeinträchtigt oder ressourcenorientiert befördert?

Diesen explorativen Fragestellungen wird mit qualitativen (Interview) und quantitativen (Fragebögen) Forschungsmethoden nachgegangen.

Meine Beschäftigung mit diesem Themenkomplex resultiert aus den Erfahrungen in der ambulanten und stationären Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen und deren Partnern.

Diese Arbeit soll einen Beitrag zum besseren Verständnis der motivationalen Situation der erkrankten Menschen selbst sowie ihrer Partner leisten. Es soll untersucht werden, inwieweit Bedürfnisse und Sichtweisen bei Erkrankten und deren Partnern übereinstimmen und sich unterscheiden. Es wird der Frage nachgegangen, ob die Diagnose „Depression“ ausreichend ist, individuelle Unterstützungsangebote zu installieren und welche Erfahrungen und Vorstellungen die Betroffenen haben. Bisher wurden Krankheitskonzepte als Reaktionen auf Diagnosen vorrangig bei körperlich erkrankten Patienten und deren Behandlern in Längs- und Querschnittstudien untersucht. Es ist keine Untersuchung bekannt, in denen Krankheitskonzepte von depressiv erkrankten Menschen *und* deren Partnern in den Mittelpunkt gestellt werden, wobei die Bedeutung von Partnerschaft als Risiko- und Protektionsfaktor unbestritten ist.

Die Betrachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede in den Untersuchungsgruppen soll einen Beitrag zum besseren Verständnis von Geschlechtsdifferenzen bei der Depression und deren Bewältigung leisten. Nach McGrath et al. (1993) können Geschlechtsrollenstereotype beispielsweise dazu führen, dass bei der Klassifikation des psychischen Status von Männern „...Depression irrtümlich übergangen wird“ (S.78). Schadeberg et al. (2000) konnten zudem an 279 stationären Psychotherapiepatienten (202 Frauen, 77 Männer) geschlechtsspezifische Unterschiede in Therapieverlauf und -erfolg zeigen. Demnach sei es möglich, dass es innerhalb der Patienten-, Partner- und Geschlechtergruppen Subtypen gebe, die einer individuellen Therapieplanung bedürfen und daher einen weiteren Forschungsbedarf begründen.

Die Beschäftigung mit diesem Thema resultiert aus meinen Erfahrungen und Beobachtungen im psychologisch-psychiatrischen Tätigkeitsfeld und der psychotherapeutischen Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen und den Angehörigen. Im Untersuchungszeitraum von Juli 2006 bis März 2007 wurden Patienten und ihre Partner, die sich in einer stationären oder teilstationären Behandlung befanden, zu interessierenden Fragestellungen mit quantitativen und qualitativen Methoden untersucht. In die Auswertung gingen insgesamt 92 vollständige Datensätze ein.



Für die Gleichstellung von Frauen und Männern wäre es erforderlich gewesen, stets die weiblichen und männlichen Doppelnennungen zu verwenden. Aus sprachökonomischen und stilistischen Gründen war es jedoch meist nicht möglich. Daher wurde die Form Patienten und Partner gewählt, obwohl in diesen Gruppen weibliche und männliche Personen zusammengefasst wurden.

Um zusätzliche Ergebnisse darzustellen, den Lesefluss zu erleichtern und Aussagen auch in der Praxis nutzen zu können, wurden viele Berechnungen und wichtige Aussagen der Untersuchungsteilnehmer im Anhang dargestellt.



## **II Theoretische Überlegungen**

### **II.1 Das Störungsbild der Depression**

Depressionen weisen eine große interindividuelle Variabilität in ihrem Erscheinungsbild und dem Verlauf auf. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sollen bipolare und dysthyme Störungen bei der folgenden Darstellung eine untergeordnete Rolle spielen, auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass nach depressiven Episoden manische Verläufe folgen können. Zudem weisen depressive Erkrankungen eine hohe Komorbiditätsrate auf (Angst, 1994). Sehr oft finden sich Angststörungen, somatoforme Störungen oder posttraumatische Belastungsstörungen als Zweitdiagnosen. In einer Untersuchung von Hammen (1991) zu familiären Auswirkungen der Depression fanden sich bei 35% der Patienten mit einer Major Depression gleichzeitig Persönlichkeitsstörungen.

#### **II.1.1 Epidemiologie**

Offensichtlich nimmt in den letzten Jahrzehnten diese Erkrankung stetig zu, dabei sind zunehmend jüngere Altersgruppen betroffen. In früheren Untersuchungen lag der Erkrankungshöhepunkt - vor allem bei Frauen - zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, dieser Gipfel hat sich zwischen das 18. und 25. Lebensjahr allmählich vorverlagert (Dombrowski & Gravemeier, 2002).

Beim Anlegen der Kriterien des DSM-IV und ICD-10 besteht in den Industrienationen eine Punktprävalenz von etwa 5%. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis zu erkranken, wird auf durchschnittlich 12% bei Männern und 26% bei Frauen geschätzt. Frauen weisen zudem eine höhere Rückfallneigung für weitere depressive Phasen auf. Im höheren Lebensalter gleichen sich die Depressionsraten der Geschlechter aneinander an. Die Suizidrate der Erkrankten wird auf circa 15% geschätzt und liegt damit deutlich höher als in der Normalbevölkerung (vgl. Hautzinger, 1998).

#### **II.1.2 Symptomatik**

Seligman (1973) beschrieb die Depression als eine „gewöhnliche Erkältungskrankheit der Psychopathologie, gleichzeitig vertraut und mysteriös.“ Die Symptome gestalten sich vielfältig und heterogen. Das Erkennen einer Depression erfordert daher eine sehr sorgfältige Diagnostik, viele Symptome müssen nicht gleichzeitig auftreten und sind auch bei anderen psychischen Störungen vorhanden (Hautzinger, 1998).

Bleuler (1916, zit. nach Bleuler, 1983) bezeichnet den depressiven Zustand noch als „Melancholie“ und schreibt dazu:

„Depressive Kranke sind wie durch eine Naturkatastrophe von Leid und Qual erfasst. Was sie erleben, was sie sich vorstellen und wessen sie sich erinnern, ist schmerzbetont. Sie selbst kommen sich klein, hässlich, sündig, minderwertig, hilflos und befleckt vor, die Mitmenschen und die ganze Welt erleben sie als groß, bedrohlich, mächtig und unheimlich...Manchmal aber leiden sie einfach, ohne sich eine Vorstellung über die Gründe ihres Elends zu machen“ (S.472).

Charakteristisch für die Depression ist, dass körperliche und psychische Symptome gemeinsam auftreten. Außenstehenden ist es zumeist nicht nachvollziehbar, was den Patienten so „betrübt“.

Dabei können folgende Bereiche betroffen sein (Dombrowski & Gravemeier, 2002; Hautzinger, 1998; Hammen, 1999; Dilling & Reimer, 1997):

- Emotionen
- Kognitionen
- Verhalten und Motorik
- Physiologisch-vegetative Reaktionen
- Motivation
- Interaktion

In der Persönlichkeitsbeschreibung depressiver Patienten finden sich nach Wolfersdorf (1992) zudem folgende Auffälligkeiten, die zu Belastungen im Umgang miteinander führen: Neigung zu engen Bindungen an Bezugspersonen, leichte Kränk- und Verletzbarkeit, ausgeprägte Anspruchshaltung gegenüber der Umwelt hinsichtlich Zuwendung, Anerkennung und Liebe. Gleichzeitig werden Gefühle des Zuwenig an Liebe und Anerkennung beschrieben, verbunden mit hoher Unzufriedenheit bis ironisch-sarkastischer Kompensation. Die Fähigkeit zur Äußerung von Gefühlen, Ansprüchen und Bedürfnissen erscheint stark reduziert und oft nur indirekt und aggressionsbesetzt artikulierbar. Gefühle des eigenen schuldhaften Beteiligtseins werden oft im Sinne der projektiven Schuldzuweisung an andere oder die Umwelt kompensiert. Eine ausgeprägte rigide Gewissensbildung geht mit extrem hohen Ansprüchen an die eigene Leistungsfähigkeit, Perfektionismus, dem Erleben von Schuld und Scham sowie der Verleugnung von Ärger einher, wobei eine geringe Frustrationstoleranz gegenüber den Versagungen des täglichen Lebens besteht. Nach Wolfersdorf (1992, 1995) kommt jedoch den positiven Eigenschaften depressiver Menschen bisher eine zu geringe Bedeutung zu.

Bei den genannten Eigenschaften handelt es sich zumeist um im Grunde sozial sehr erwünschte und geforderte Verhaltensweisen einer leistungsorientierten Gesellschaft.

#### II.1.2.1 Emotionale Veränderungen

Im Vordergrund stehen Gefühle der Niedergeschlagenheit, Trauer, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Patienten klagen über Verlustgefühle, Verlassenheit, Einsamkeit, innere Leere und Unzufriedenheit. Gefühle von Schuld, Angst und Sorgen sind vorhanden. Die Umwelt wird als distanziert erlebt, es entsteht ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“, es kommt zu Spannungszuständen, die von Feindseligkeit begleitet werden können. Diese Erscheinungen zeigen sich auch in den depressiven Episoden innerhalb einer bipolaren affektiven Störung, die zu einer Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung führen.

#### II.1.2.2 Kognitive Veränderungen

Herausragend sind hier die negativen Einstellungen gegenüber sich selbst als Person, gegenüber den eigenen Fähigkeiten, dem Erscheinungsbild und bezüglich der Zukunft. Viele Patienten berichten von „einem schwarzen Loch“ oder der „Sackgasse“, in der sie sich befinden. Das führt zu übersteigter permanenter Selbstkritik und Selbstunsicherheit. Hautzinger (1998) beschreibt Einfallsarmut, Hypochondrie aufgrund der starken Selbstbeobachtung, mühsames Denken, zirkuläres Grübeln und starke Konzentrationsprobleme. Depressive Menschen beschreiben die Erwartung von Strafen oder Katastrophen bis hin zu wahnhaften Vorstellungen der Versündigung, Insuffizienz und erwarteter Verarmung.

Das Anspruchsniveau ist hoch und rigide, Ideen der Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit führen bis zu Suizidideen.

Weinmann, Bader, Endrass & Hell (2001) fanden in ihrer Untersuchung mittels Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991) an depressiven Patienten verschiedener Schweregrade ein stark vermindertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten sowie stark verminderte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, die sich im Genesungsverlauf reduzieren und den Normwerten annähern.

#### II.1.2.3 Verhalten und Motorik

Die Körperhaltung wirkt kraftlos, gebeugt und spannungsleer. Es fällt den Patienten schwer, alltägliche praktische Anforderungen zu bewältigen. Eine Verlangsamung der Bewegungen, aber auch Agitiertheit und Unruhe treten auf. Der Gesichtsausdruck wirkt traurig, besorgt und oft von herabgezogenen Mundwinkeln bestimmt.

Die Mimik kann maskenhaft erstarrt oder nervös wirken. Berichte werden oft sehr weinerlich vorgetragen. Die Sprache ist leise, monoton und oft verlangsamt. Der Bewegungsradius ist eingeschränkt, die allgemeine Aktivitätsverminderung kann bis zu einem Stupor („Starrheit“) ausgeprägt sein.

### II.1.2.4 Physiologisch-vegetative Veränderungen

Diese Auffälligkeiten finden sich im Bereich der inneren Unruhe, Erregung, Spannung und Reizbarkeit. Dem gegenüber finden sich Schwäche und Ermüdung, Schlafstörungen und Weinen. Oft sind Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust zu beobachten. Eine erhöhte Wetterfühligkeit sowie tages- und jahreszeitliche Schwankungen im Befinden treten auf. Manche Patienten berichten, nicht mehr weinen zu können, während andere das Gefühl haben, nicht mehr aufhören zu können. Allgemeine vegetative Beschwerden, wie Kopf- und Magenschmerzen, treten oft begleitend auf.

### II.1.2.5 Motivationale Veränderungen

Hier sind Misserfolgsorientierung und -erwartung sowie starke Rückzugs- und Vermeidungstendenzen vorherrschend. Verantwortungsübernahme wird gemieden, Gefühle des Überfordertseins, der Antriebslosigkeit und Entschlussunfähigkeit stehen im Vordergrund. Das Erleben von Nicht-Kontrolle und Hilflosigkeit führen zu stärkerem Rückzug, eng verbunden mit Verstärkerverlust. Bisherige Interessen werden nicht mehr oder lustlos wahrgenommen. Der Rückzug bewirkt eine Zunahme der Abhängigkeit von anderen und reicht bis hin zum Suizid.

## II.1.3 Risikofaktoren

Neben dem Lebensalter und Geschlecht scheinen soziale und ökonomische Faktoren eine Rolle bei der Entstehung unipolarer Depressionen zu spielen. Eine vertrauensvolle und verlässliche persönliche Beziehung gilt als ein protektiver Faktor für die Entstehung und für die Rückfallprophylaxe. Dem entsprechend gilt als gesichert, dass getrennt und allein lebende Menschen ohne soziale Beziehungen weit häufiger erkranken. In der „Epidemiological Catchment Area Study“ (Hautzinger, 1998) wiesen verheiratete Personen, Personen mit höherer Bildung, beruflicher sicherer Anstellung und aus einem eher ländlichen Lebensraum die geringsten Depressionsraten auf. Im Vorfeld depressiver Episoden finden sich gehäuft belastende Lebensereignisse, die von der Person beeinflussbar waren und solche, die unabhängig vom Wollen und Können der Person waren.

In der Forschung finden sich als besondere Risikofaktoren Ereignisfolgen, die eine zwischenzeitliche Erholung nicht zuließen.

Als bedeutendster Risikofaktor gilt die familiäre Vorbelastung. Während Angehörige ersten Grades gesunder Kontrollpersonen ein Erkrankungsrisiko von 7% bei einer unipolaren Depression aufweisen, beträgt es bei Angehörigen depressiv erkrankter Menschen etwa 20%.

#### **II.1.4 Zusammenfassung**

Die Ausprägung und Kombination der Einschränkungen in den genannten Bereichen zeigen eine starke individuelle Variabilität. Hinzu kommen unterschiedliche Schweregrade der Ausprägung, die diagnostisch zu erfassen sind. Eine Schwierigkeit im allgemeinen Verständnis dieses Erkrankungskomplexes besteht in dem umgangssprachlichen Gebrauch von „depressiv“ für die Beschreibung normaler und zumeist kurzfristiger Stimmungsschwankungen in der Allgemeinbevölkerung und oftmals auch im Kontext der hausärztlichen Versorgungspraxis.

Dabei zeigt die vergleichsweise hohe Suizidrate depressiv erkrankter Menschen (vgl. Epidemiologie) die Notwendigkeit einer genauen Betrachtung an.

In dieser Untersuchung stehen Patienten mit depressiven Episoden im Vordergrund. Diese depressiven Episoden können auch im Zusammenhang mit einer bipolaren affektiven Störung auftreten oder rezidivierend erfolgt sein. Zudem interessieren die Einstellung und der Umgang der Betroffenen mit dieser Erkrankung, vor allem mit dem Spektrum der depressiven Symptome.

### **II.2 Die Klassifikation der Depression**

Allen Klassifikationssystemen ist gemein, dass sie auf der Grundlage ihrer Vorstellung von „Krankheit“ Einordnungen vornehmen, die bei einer kriterienorientierten Diagnostik nach Dilling (1994) das Risiko in sich tragen, Symptome quantitativ zu erfassen, ohne sie ausreichend zu gewichten. Das traditionelle Paradigma psychischer Krankheiten – das sogenannte Medizinische Modell – wurde durch die „parallele Konzipierung psychischer und körperlicher Krankheiten“ (Buchholz, 1998, S.243) untermauert. Dabei werden im Medizinischen Modell soziale und psychische Einflüsse überwiegend vernachlässigt oder negiert. Psychische Erkrankungen werden demnach eindeutig von körperlichen Ursachen bestimmt, auch wenn sie von sozialen oder familiären Faktoren ausgelöst werden können und damit dem subjektiven Erleben und Verhalten wenig Beachtung geschenkt.

#### **II.2.1 Psychische Krankheit im Zeitalter der „Aufklärung“**

Das 18. Jahrhundert, Zeitalter der Aufklärung, stand im Zeichen des „Rationalismus“. Das Bestreben bestand darin, bisher Unerklärliches rationalen Ursachen zuzuführen. In dieser Tradition finden sich philosophische Betrachtungen zur Psychopathologie der „Unvernunft“.

Demnach leitete Kant als Vertreter des „vermögenspsychologischen Ansatzes“ psychische Krankheiten vom angeborenem Erkenntnisvermögens ab, sie seien „Ausdruck der verrückten Anlagen“ (vgl. Buchholtz, 1998, S.242).

Daraus folgte für ihn „logisch“, dass jegliche Art der Hinwendung zu dem Erkrankten nutzlos sei, da er ja nicht mehr in der Lage sei, Vernunft zu praktizieren. Die Auffassung einer absoluten endogenen Verursachung bei psychischen Erkrankungen führte zu einer Ablehnung der Einbeziehung äußerer oder sozialer Erklärungen. Diese Denkrichtung hat sich bevorzugt bei der Betrachtung der „Wahnerkrankungen“ lange erhalten. Dennoch brachte dieses Zeitalter viele Verbesserungen in den Behandlungsmethoden psychisch erkrankter Menschen. Esquirol (1772-1840) machte sich durch patientenzentrierte Behandlungsmethoden und spezifische Beschreibungen psychischer Erkrankungen verdient. Zu den Entstehungsbedingungen psychischer Krankheiten schreibt er (zitiert nach Vollmoeller, 1998):

„Die Ursachen der Geisteskrankheit sind ebenso zahlreich als verschieden. Sie sind allgemein oder individuell, physisch oder psychisch, primitiv oder sekundär, prädisponierend oder erregend. Das Klima, die Jahreszeiten, das Alter, das Geschlecht, das Temperament, das Geschäft, die Lebensart haben einen Einfluß auf die Häufigkeit, den Charakter, die Dauer, Krise und Behandlung der Geisteskrankheiten. Auch wird die Krankheit noch durch Gesetze, Civilisation, Sitten, politische Lage der Völker verändert, ebenso durch nähere Ursachen, die von unmittelbarem und leichter zu schätzendem Einfluß sind“ (S.74).

### **II.2.2 Psychische Krankheit im 19. Jahrhundert**

Der Beginn des 19. Jahrhunderts war von den Streitigkeiten um „psychische“ versus „somatische“ Ursachenzuschreibungen geprägt, der teilweise noch heute andauert. Heinroth als bedeutender Vertreter einer „romantischen Psychiatrie“ lehnte organische Ursachen bei Seelenkrankheiten ab, postulierte stattdessen religiös-ethische Mängel in Form von Lastern und Leidenschaften, die den Menschen als Ganzes erfasse. Damit schuf er die theoretischen Grundlagen einer späteren Psychosomatik. Von Griesinger (1817-1868) wurden gehirnphysiologische Veränderungen für die Krankheitsentstehung verantwortlich gemacht. Trotzdem räumte er ein, dass äußere Ereignisse eine gewisse Rolle bei allen psychiatrischen Erkrankungen spielen könnten.

### **II.2.3 Psychische Krankheit im 20. Jahrhundert**

Mit Kraepelin (1856-1926) begann eine Systematisierung der psychiatrischen Erkrankungen nach ihrer Ätiologie und dem Verlauf. Die Annahme bestand darin, zu jeder Krankheit eine klar definierte und abgrenzbare Ursache finden zu können, die wiederum Rückschlüsse auf



den zu erwartenden Krankheitsverlauf zulässt. Dieses Kausalitätsprinzip entstammte den hypothetischen Konstrukten der Organmedizin.

Dagegen sprach sich Bonhoeffer (1868-1948) klar gegen eine ätiologische Einteilung aus. In seinen Untersuchungen fand er keine ätiologische Spezifität bei verschiedenen Krankheitstypen, seine Einteilung erfolgte symptomatologisch.

Birnbaum (1878-1950) schlug eine komplexe Symptomerfassung als Kompromiss zwischen den Krankheitskonzepten Kraepelins und Bonhoeffers auf der Grundlage biologischer Ursachen vor. Die strengere Orientierung an der naturwissenschaftlichen Sichtweise setzte sich bis heute durch und fand ihre Entsprechung im überarbeiteten „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-III), das ursprünglich zu Forschungszwecken konzeptualisiert wurde. Neben dem logischen Entscheidungsverfahren stellte die Möglichkeit einer multiaxialen Diagnostik eine entscheidende Neuerung dar. Zeitgleich wurde von psychodynamisch orientierten Strömungen um Meyer (1866-1950) die Individualität jedes Patienten betont und wieder in den Vordergrund gestellt. Die Intensität einer Erkrankung und deren Auswirkung auf den Patienten waren hier entscheidend und wurden in „Reaktionstypen“ klassifiziert. Nach Schneider, Jaspers et al. kam Leonhard (1904-1988) zu einer differenzierteren Phänomenologie unter Berücksichtigung der Affektivität. Im Sinne von Kraepelin beinhaltete seine Diagnose immer prognostische Aussagen.

„Im Bereich der Psychiatrie kann man zu einer echten Nosologie kommen, wenn man den Verlauf beachtet und im klinischen Bild nicht von den groben Erscheinungen ausgeht, sondern bei jedem Symptom zu ermitteln sucht, welche genauere Gestalt es hat, in welchem Zusammenhang es steht und auf welchem Boden es wächst“ (Leonhard, 1973, zit. nach Vollmoeller, 1998, S.100-101).

Leonhard (nach Lemke & Rennert, 1987) gliederte die Depression innerhalb der „phasischen Psychosen“ ein. Ihm war es wichtig, „symptomatologische Tönungen“ zu beschreiben und jedes derartige Syndrom als mehr oder weniger „selbständige Krankheitseinheit“ mit eigener Ätiologie aufzufassen. So unterscheidet er bei den hier interessierenden „reinen Depressionen“ (S.395):

- gehetzte Depression
- hypochondrische Depression
- selbstquälerische Depression
- argwöhnische Depression
- teilnahmsarme Depression.

Diese Klassifikation berücksichtigt zwar ätiologische Faktoren, erreicht aber aufgrund der genauen Beobachtung und Beschreibung der Symptomatik eine hohe Differenzierung inner-

halb der Kategorie der Depression. Eine ausführliche Übersicht der Entwicklung des Melancholie- und Depressionsbegriffes findet sich bei Schmidt-Degenhardt (1983).

Mentzos (1995) fasst die wichtigsten historischen Depressionstheorien zusammen (S.20ff.):

FREUD, S. (1917)	Objektverlust, Introjektion, Selbstgefühlsminderung
ABRAHAM, K. (1911)	Aggressionshemmung, Wendung nach innen, Manie
RADO, S. (1928)	Internalisierung der Sequenz: <i>Schuld, Buße</i> (durch ein Übermaß an Leistung), <i>Verzeihung</i> . Melancholie als Reparationsprozess
BIRBING, E. (1953)	Selbstwertgefühlsverlust nicht nur durch Frustration bzw. Objektverlust, sondern auch Enttäuschung narzisstischer Bedürfnisse (anale, phallische)
SANDLER, J. & JOFFE, W. G. (1965)	Verlust der narzisstischen Integrität, des „well-being“. Fundamentale psychobiologische depressive Reaktion unterscheidet sich von der klinischen Depression. Depressive Reaktion kann sich auch als nützlich erweisen
GUT, E. (1989)	Produktive und unproduktive Depression
JACOBSON, E. (1953/1971)	Selbstwertgefühlsverlust erklärt sich durch bestimmte Energieverteilungs- und insbesondere strukturelle Störungen der Selbstrepräsentanz bzw. des Über-Ich (archaisch) und des Ich-Ideals (zu hoch)
KLEIN, M.	Depressive Position (als universales Stadium bzw. Zustand). Melancholie: keine gelungene Internalisation des guten Objekts. Aggressionshemmung (Angst, das gute Objekt zu verlieren)
BECK, A.	kognitive, pessimistische Grundkonzepte, depressiver Affekt sekundär, Therapie durch kognitive Korrektur
SELIGMAN, M. (1975)	erlernte Hilflosigkeit (fehlende Fähigkeit zum Heranziehen der Anpassungstechniken zum Umgang mit schmerzlichen Situationen)
KOHUT, H.	Mangelhafte Spiegelung, keine bejahende freudige Reaktion auf die Existenz des Kindes=„leere“ Depression. Mangelhafte Teilhabe an Ruhe und Sicherheit eines idealisierten Erwachsenen= Schulddepression
BENEDETTI, B.	Über-Ich-Depression, Es-Depression, Ideal-Ich-Depression. Diese entsprechen in etwa dem „Drei-Säulen-Modell“ von Mentzos (1995)
TELLENBACH, H.	Typus Melancholicus
HELL, D. (1992)	Depression als biosozialer Schutzmechanismus; Depression als eine „nicht zugelassene Trauer“

GREEN, A	Konzept der „toten Mutter“ als Spezialfall: Abwesenheit der Mutter durch ihre eigene Depression und Introjektion dieses mütterlichen Imagos
MATUSSEK, P. (1980)	depressive Zwangsstruktur als Stabilisator gebe dem Depressiven „Stütze und Halt“ (Mentzos, S.115)
BOWLBY, J.	Bindungstheorie
ANDERE AUTOREN	SCHWARZ, F.; WILDLÖCHER, D. u.a.

## II.2.4 Aktuelle Klassifikationen der Depression: ICD und DSM

„Spezielle“ Krankheitsbegriffe haben in der Psychiatrie nach Vollmoeller (1998) zu-nächst eine bestimmte „Ordnungsfunktion“ und „bilden dabei in der Regel die Grundlage für eine Klassifikation und damit für jede weitere Diagnostik“ (S. 192). Die

Brauchbarkeit wird besonders dadurch erreicht, dass genügend klar wird, was darunter verstanden werden soll. Damit eng verbunden ist die heutige Forderung nach einem möglichst theoriefreien Störungsbegriff und einer stets zuverlässig wiederholbaren Diagnostik.

Nach Maier (1994) hat sich im Bereich der affektiven Störungen in den letzten 20 Jahren der radikalste diagnostische Wandel vollzogen. Das ICD-10 ist um eine deskriptive und theoriefreie psychiatrische Taxonomie bemüht. In der ICD-9 nahmen die klassischen Konzepte der depressiven Neurose bzw. der depressiven Persönlichkeitsstörung, auch Charakterneurose, einen übergeordneten Status ein, der in der ICD-10 keine Rolle mehr spielt.

In der ICD-10 findet sich dagegen das pathogenetische Konzept der depressiven Reaktion, welches in seinen Auslösebedingungen eindeutig identifizierbar und zeitlich terminierbar sein müsse. Eine länger andauernde depressive Reaktion würde die Kriterien einer Dysthymia erfüllen. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass depressive Episoden nach belastenden Lebensereignissen im Vergleich zu solchen ohne vorherige Belastung keine andere Symptomatik, kein anderes familiäres Muster und kein differenziertes Ansprechen auf eine somatische Therapie aufweisen. Die Begriffe der endogenen Depression oder Melancholie werden im ICD-10 nicht verwendet, stattdessen wurde das „somatische Syndrom“ eingeführt.

Die bisherige Forschung konnte die Fragen nach einem Zusammenhang zwischen ätiologischen und pathogenetischen Zusammenhängen noch nicht ausreichend beantworten, so dass sich aus dieser Sicht eine deskriptiv orientierte Diagnostik zumindest für die psychiatrische Forschung als günstiger erweist.

Das ICD-10 unterscheidet sich vor allem durch eine „geringere Restriktivität“ (Maier, 1994, S.114) an psychopathologischer Qualität und der Anzahl der vorliegenden Symptomkriterien

vom DSM-III-R und DSM-IV. Nach dem ICD-10 können mehr Patienten der Kategorie „depressive Episode“ zugeordnet werden. Allerdings fehlt im ICD-10 das notwendige Kriterium für eine psychosoziale Beeinträchtigung. Das muss eher als ein Verlust an Spezifität gewertet werden.

Die klinische Akzeptanz der Diagnostik auf der Grundlage von Querschnittssymptomen und Vorverlauf ist hoch, auch wenn empirische Belege für die bessere Anwendbarkeit und prognostische Aussagekraft noch ausstehen. Kritik wird hinsichtlich der Operationalisierbarkeit von Symptomen, beispielsweise Affekten, und bezüglich einer objektiven Einschätzung der Zeitspanne erhoben (Plaum, 2000). Trautmann- Sponsel & Zaudig (2003) weisen darauf hin, dass das DSM-III (APA, 1980) auf der Achse II eine Einschätzung und Beschreibung der Persönlichkeit des Patienten vornahm „...wie sie zum Beispiel von Kurt Schneider (1923) vorlagen...“ (S.159), der Begriff einer Persönlichkeitsstörung wurde erst viel später postuliert.

### II.2.4.1 Klassifikation der Depression nach dem ICD-10

Für die Diagnose der Depression ist ein Ausschluss einer körperlichen Erkrankung als auslösende Bedingung erforderlich. Im Folgenden sollen die diagnostischen Kriterien der unipolaren depressiven Störung dargestellt werden. Daneben werden Dysthymie und Anpassungsstörungen als depressive Reaktion unterschieden. Die möglichen Symptome dieser Störungen können identisch sein, eine diagnostische Zuordnung ergibt sich aus der Menge der zeitgleich auftretenden Symptome, die zeitliche Zuordnung und den Zusammenhang mit einem möglichen Ereignis.

Treten depressive Symptome innerhalb von sechs Monaten nach einem psycho-sozial belastenden Ereignis auf, erfüllt das die ICD-10- Kriterien einer Anpassungsstörung. Bei anhaltend oder wiederkehrender depressiver Stimmung über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren wird von einer Dysthymia ausgegangen. Als Restkategorie kann eine „andere bzw. nicht näher bezeichnete affektive Störung“ verschlüsselt werden, wenn die vorgeschriebenen diagnostischen Kriterien nicht zutreffen. Die depressive Episode (F32) wird je nach der Anzahl der Symptome in leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere (F32.2) Episoden unterteilt. Diese Störungen werden im ICD-10 durch folgende Symptome gekennzeichnet:

- gedrückte Stimmung
- Interessenverlust
- Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs

Dabei führt die Verminderung der Energie zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung. Die Müdigkeit tritt oft schon nach objektiv geringen Anstrengungen auf. Andere häufige Symptome sind (ICD-10, S. 139):

1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden)
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. Verminderter Appetit.

Die Diagnose einer depressiven Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) wird dann gestellt, wenn wenigstens vier der folgenden Symptome eindeutig feststellbar sind:

1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten.
2. Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren.
3. Frühmorgendliches Erwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit.
4. Morgentief.
5. Der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit.
6. Deutlicher Appetitverlust.
7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat.
8. Deutlicher Libidoverlust.

Diese Symptome beziehen sich auf eine einmalige depressive Episode. Weitere depressive Episoden sind als rezidivierende depressive Störung (F33) und deren Unterformen zu kodieren.

#### II.2.4.2 Multiaxiale Diagnosesysteme

Das Ziel einer multiaxialen Betrachtung ist es nach Rüger (1994), „neben der syndromatischen Ebene unabhängig davon weitere nosologisch relevante Informationen dokumentieren zu können“ (S.199). Diese Möglichkeit besteht im DSM-IV. Das DSM-IV wurde dahingehend geändert, dass auf der Achse IV keine allgemeine Schweregradsbeurteilung von Belastungsfaktoren mehr vorgenommen wird, sondern psychosoziale und Umgebungsprobleme aufgenommen werden können. Auf der Achse V wurde die Gesamtbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus durch eine GARF-Skala, die auf 100 erweitert wurde, beibehalten. Die

Notwendigkeit einer multiaxialen Beurteilung zur differenzierten Ausgestaltung der therapeutischen Maßnahmen wird auch von Vertretern der psychodynamischen und systemischen Schulen unterstrichen, auch wenn sich diese Richtungen als relativ unabhängig von den Klassifikationssystemen verstehen. So schlägt die Arbeitsgruppe zur Operationalisierung psychodynamischer Diagnostik (OPD, 2004) folgendes Achsensystem vor:

- Ebene I:                Syndromal (entspricht ICD-10)
- Ebene II:             Krankheitserleben, -verhalten, -verarbeitung
- Ebene III:            Psychodynamik: Achse Beziehung, Achse Struktur, Achse Konflikt.

Neben einer diagnostischen Zuordnung bietet das OPD die Möglichkeit zu einem weniger strukturierten Erstinterview und einer beschreibenden Darstellung des Patienten. Dahlben-der, Buchheim & Doering (2004) fanden Integrationsmöglichkeiten des OPD mit dem Adult Attachment Interview (AAI), um Hypothesen und Hilfestellungen für die Konflikt- und Strukturdiagnostik liefern zu können und daneben die zeitliche Belastung für Patienten und Be-handler in der klinischen Praxis zu berücksichtigen. Dabei können die frühen Bindungserfah-rungen operationalisiert und Ressourcen erschlossen werden. Plaum (2000) schlägt ebenfalls vor, bekannte Ursachen oder gut begründete Hypothesen über Krankheitsursachen anzugeben, die nicht nur mit einer somatischen Kausalität, sondern unter Berücksichtigung familiärer oder sonstiger Belastungen zu erklären wären.

### II.2.4.3 Die GARF-Skala

Die GARF- Skala (Global Assessment of Relational Functioning-Scale) wurde in den Anhang des DSM-IV aufgenommen, erhielt jedoch nicht, wie gehofft, die Achse IV im DSM-IV und damit keinen Eingang in die Routinediagnostik von Psychiatern und anderen Experten (Cierpka et al., 2003). Allerdings wurde durch die Berücksichtigung im DSM-IV erstmalig der „Notwendigkeit von interpersonellen Störungen in einem Klassifikationsschema Rechnung getragen“ (S. 178).

Die dimensionale GARF-Skala (Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehun-gen) unterscheidet auf einem hypothetischen Kontinuum das Funktionsniveau eines Bezie-hungssystems von 0 bis 100. Dabei werden nicht nur die Defizite, sondern auch gesundes und kompetentes Handeln betrachtet. Die Autoren verweisen auf die einfache Handhabbar-keit im klinischen Routinebetrieb. Des Weiteren versteht sich dieses Instrument als „additiv zum klinischen Eindruck“ (Cierpka et al., 2003, S. 179). Die Inter-Rater-Reliabilitäten befin-den sich zwischen .69 und .85. und lassen sich als befriedigend bis gut bezeichnen. Es wur-den kaum Unterschiede zwischen Ratern mit und ohne spezielle Weiterbildung gefunden. Allerdings wird diskutiert, ob die Einteilung von 0-100 vereinfacht werden könnte, um die Beurteilung übersichtlicher zu gestalten. Die GARF-Skala weist eine gute Übereinstim-mungvalidität mit klinisch fundierten Selbstbeurteilungsinstrumenten für die Einschätzung

der Qualität und Funktionalität von Beziehungssystemen auf. Von großem klinischen Interesse ist die Einbeziehung des Expressed-Emotion-Konstruktes in die Ausgestaltung der GARF-Skala.

### II.2.5 Zusammenfassung

Diese kurze Übersicht soll die Paradigmenwechsel über die Zeit verdeutlichen und damit den Zusammenhang mit dem jeweils vorherrschenden Menschenbild und dem daraus resultierenden Krankheitsbegriff.

Die Einbeziehung der Bezugspersonen hat erst in der letzten Zeit eine stärkere Beachtung erfahren. In den psychiatrischen Diagnosesystemen besteht die Möglichkeit der Beachtung psychosozialer Faktoren, der allgemeinen Forderung nach einer umfassenderen multiaxialen Diagnostik wird in der Praxis jedoch bisher nur unzureichend Rechnung getragen. Daher möchte diese Untersuchung verschiedene diagnostische Ansätze miteinander verbinden und in die Datenerhebung einbeziehen. Die Erkrankung soll nach den Kriterien des ICD-10 diagnostiziert werden, um eine Vergleichbarkeit herstellen zu können. Ferner soll das psychosoziale – hier vordergründig das partnerschaftliche- Verhalten - in die Untersuchung einfließen.

Zur Konstruktion des semistrukturierten Interviews wurden Methoden verschiedener Erfassungssysteme und –techniken schulenübergreifend verwendet.

Es soll ferner herausgearbeitet werden, welche Vorstellungen *heute* über eine psychische Erkrankung existieren, wobei hier der Sichtweise der Partner eine besondere Bedeutung zukommt.

## II.3 Diagnosestellung

Nach von Kerekjarto (1974) enthält jede Diagnose bestimmte pragmatische Konsequenzen, wie die Therapie, connotative (emotionale Faktoren bei der Gegenübertragung) und denotative Bedeutungen durch die Benennung der Erkrankung.. Dabei werden sehr unterschiedliche Aspekte beim Patienten betont.

Eine Diagnose soll der Vermittlung zwischen dem Patienten und dem Behandler sowie zwischen verschiedenen Behandlern dienen. Pflanz (1964) merkt kritisch an, dass Diagnosen oft der Reduktion von Unsicherheit und Ungewissheit bei allen Beteiligten (Patient, Familie, Arzt, Behörden) dienen und ihnen ein „magischer Aspekt anhaftet“ (S.284). Dabei kann die Vermeidung einer diskriminierenden Diagnose in der Psychiatrie eine soziale Hilfe darstellen, da damit verbundene Vorurteile und Stereotypen vermieden werden können. Andererseits kann eine Diagnose das Annehmen einer „sanktionierenden Patientenrolle“ ermöglichen und dem Patienten weitere Behandlungsmöglichkeiten eröffnen. Andererseits ist es auch denk-

bar, dass eine Diagnose zu dem Verhalten führt, das in der Bevölkerung mit dieser Krankheit verbunden wird (labeling approach).

Schauenburg & Hofmann (2007) vermuten eine Überschätzung des gesellschaftlichen Stigmas durch die Patienten aufgrund kognitiver Verzerrungen und depressiver Denkmuster. Dabei übersteigen die antizipierten Stigmatisierungen die persönlichen Erfahrungen in allen Bereichen (Ablehnung durch andere, das Bild psychisch Kranker in den Medien und Unterhaltungsfilmern, soziale Rollen wie Arbeitsplatz oder Partnerschaft, strukturelle Diskriminierung wie Versicherungsabschluss oder Rehabilitationsmaßnahmen. Althaus et al. (2002) kamen in ihrer Untersuchung an 1426 zufällig ausgewählten Personen zu ihrem Kenntnisstand bezüglich der depressiven Erkrankung (Symptome, Ursachen, Behandlung, persönliche Einstellung) per Telefoninterview zu folgenden Ergebnissen: 74% bezeichneten eine Depression als „richtige Erkrankung“, für 78% tragen die Betroffenen keine Schuld an der Erkrankung. 77% halten die Behandlung durch einen Psychotherapeuten oder Arzt für hilfreich, ein deutliches Wissensdefizit zeigte sich bezüglich der medikamentösen Therapie und dem Einsatz von Antidepressiva, die überwiegend als „abhängig machend und bewusstseinsverändernd“ eingeschätzt wurden.

Nach Althaus unterstützen die Ergebnisse die Annahme, dass ein umfangreicheres Wissen über die Erkrankung nicht zwangsläufig in der Lage sei, tiefgreifende gesellschaftliche Ansichten oder Vorurteile zu verändern.

### **II.3.1 Funktionalität einer Diagnose**

Sowohl für somatische als auch für psychische Erkrankungen besteht die Funktion einer Diagnose darin, eine eindeutige Zuordnung zu den Kriterien „krank“ oder „gesund“ zu treffen, in Form einer Differentialdiagnose eindeutige Abgrenzungen zu anderen Erkrankungen vorzunehmen, eine Therapieindikation zu geben, die für die diagnostische Einordnung passt und als methodisch abgesichert gilt. Die Diagnose erleichtert die Kommunikation mit anderen Fachleuten über umschriebene Phänomene. Eine Diagnose birgt jedoch die Gefahr einer „Etikettierung“ oder „Stigmatisierung“. Stigma wird in diesem Zusammenhang nicht als ein äußeres Merkmal verstanden, sondern als „individueller Charakterfehler“, der als „Willensschwäche“ wahrgenommen werden kann. Nach Goffman (1992) bedeutet das für ein Individuum, „es ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten“ (S.13).

### **II.3.2 Krankheit und Gesundheit**

In den Anfängen der Psychiatrie wurde die Frage „krank oder gesund“ besonders kontrovers im Zusammenhang mit der Schizophrenie diskutiert. Nach Bleuler ist es bedeutsam, welche



Konsequenzen sich aus dem Verhalten des Patienten ergeben, weniger, welcher Kategorie er angehört.

„Daß man dem Psychiater immer wieder die Beantwortung solcher widersinniger Fragen zumutet, das liegt in den Konsequenzen. Man will eigentlich gar nicht wissen, ob jemand gesund oder krank sei, sondern man will wissen, ob man ihn ernst nehmen soll, ..., und das will man aus der Feststellung ‚krank oder nicht krank?, schließen“ (Bleuler, 1916, zit. nach Vollmoeller, 1998, S.93). Viele verschiedene Definitionen versuchen zu erklären, was der Mensch unter „Krankheit“ oder „Gesundheit“ versteht. Die WHO (World Health Organisation) beschreibt Gesundheit als einen „Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, nicht allein Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“ Diese sehr allgemeine und abstrakte Definition impliziert die Frage, was Menschen allgemein unter „psychischer Gesundheit“ verstehen.

Menninger (1946, zit. nach Maletius, 1993) betrachtet psychische Gesundheit als „...die Anpassung eines Menschen an die Welt und aneinander bei einem Maximum an Effektivität und Glück...“ (S.121). Gerade das scheint Menschen mit depressiven Erkrankungen schwer zu gelingen. Wichtig erscheint für den Untersuchungsgegenstand, dass eine Erkrankung die Lebenssituation eines Menschen mehr oder weniger drastisch verändert, je nach dem Schweregrad der Symptomatik. „Kranksein“ wird als ein „...verzwicktes, den Menschen zutiefst bewegendes, zu einer Problemlösung drängendes Erleben“ betrachtet.

Zudem wird „Kranksein“ als ein „...aktiver Anpassungsvorgang mit funktionalen und dysfunktionalen Wirkungen“ gesehen, „mit dem Ziel, anhaltende, das Gleichgewicht störende innere psychophysische Stress-Situationen sowie äußere, aus der Gesellschaftsordnung stammende affektive Spannungen und Konflikte zu bekämpfen, zu mildern, zu ändern oder mit ihnen in Koexistenz zu leben“ (von Mering, 1962, S.54).

## II.4 Wer ist für die Erkrankung verantwortlich?

Nach Hammen (1999) ist in westlichen Gesellschaften die Vorstellung weit verbreitet, „dass der Mensch seine Gefühle zu einem großen Teil steuern könne und dass man sich nicht so gehen lassen dürfe“ (S.9). Daher erscheinen die zu Tage tretenden Einstellungen depressiver Menschen für Außenstehende kaum nachvollziehbar und werden als bewusst gesteuert wahrgenommen. Depressive Menschen berichten häufig über vielfältige „Motivationsversuche“ ihrer Umgebung, die der Erkrankung nicht gerecht werden können. Dabei hat diese Erkrankung nichts mit Willensschwäche oder fehlender Einsicht zu tun. Depression ist eine sehr schwerwiegende Erkrankung, die mit beträchtlichen Einschränkungen für den Betroffenen sowie sein soziales Umfeld verbunden ist. Es ist jedoch bekannt, dass der wahrgenommene *Grad der Kontrollierbarkeit* einen entscheidenden Einfluss auf Bewertungen und das

Unterstützungsverhalten der Umgebung hat. Die Frage der Verantwortlichkeit beeinflusst in erheblichem Maße die soziale Interaktion.

### II.4.1 Die Theorie der wahrgenommenen Verantwortlichkeit

Weiner (1994) versuchte, aus diesen alltäglichen Beobachtungen eine schlüssige Theorie zu entwickeln. Dabei stellte er fest, dass die Urteile über Menschen, die einen Misserfolg erlebten, wesentlich positiver ausfielen, je mehr der Eindruck erweckt wurde, er habe sich sehr angestrengt und war hoch motiviert. Mangel an Anstrengung und Motivation wurden bestraft, am meisten dann, wenn der Person eine hohe Fähigkeit zugeschrieben wurde. Demnach wird bei Misserfolg ein Mangel an Anstrengung mehr bestraft als ein Mangel an Fähigkeit. Diese Ergebnisse konnten auch in anderen Kulturen repliziert werden, sodass nicht angenommen werden kann, es handele sich um ein spezifisches Sozialisationsphänomen.

Menschen werden demnach für den Grad an Anstrengung verantwortlich gemacht, da sie diesen kontrollieren und verändern können, das Fähigkeitsniveau wird von anderen eher als eine stabile und unkontrollierbare Größe angesehen.

Analog dazu erzeugte in Weiners Experiment eine hohe Anstrengung in Verbindung mit niedriger Fähigkeit die höchste Belohnung und Wertschätzung.

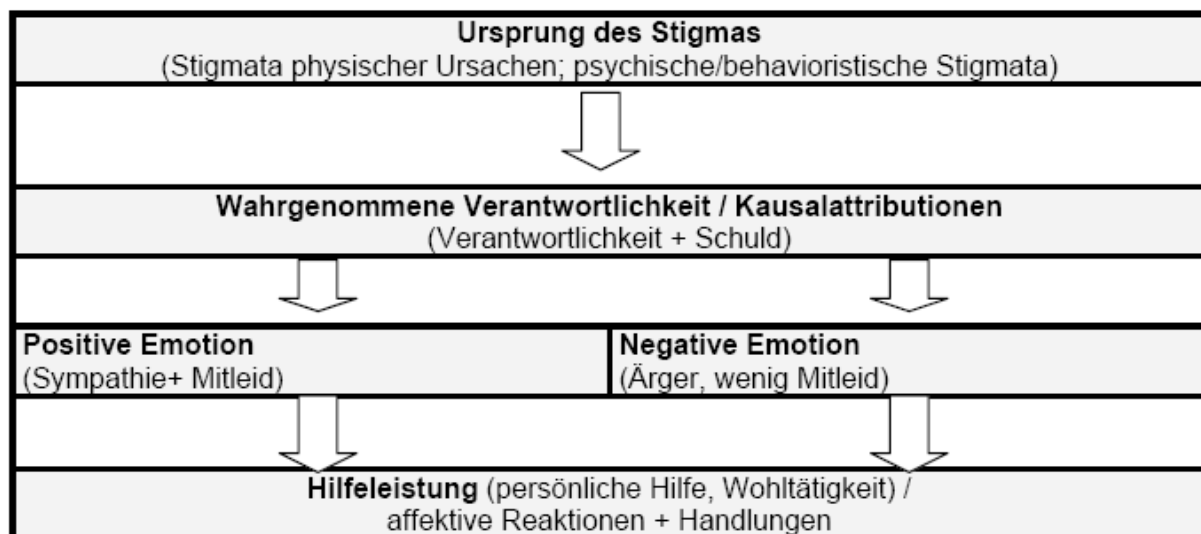


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen wahrgenommener Verantwortlichkeit und weiteren Variablen (nach Weiner, 1994)

Weiner (1994) fand in seiner Untersuchung zur Beziehung zwischen Stigma, wahrgenommener Verantwortlichkeit, Affekten und Handlungsabsichten, dass Personen im allgemeinen nicht für körperliche, sondern für Verhaltensauffälligkeiten und mentale Probleme verantwortlich gemacht wurden. Personen, die nicht für ihr Stigma verantwortlich gemacht wurden, erhielten hohe Sympathiewerte, man empfand Mitleid, aber keinen Ärger für sie und es be-

stand eine hohe Bereitschaft zu helfen. Umgekehrt erhielten Menschen, die für ihre Auffälligkeiten verantwortlich gemacht wurden, niedrige Sympathiewerte, die Versuchspersonen empfanden wenig Mitleid und starken Ärger, sie lösten nur geringe Hilfsbereitschaft aus. Dabei fand Weiner, dass der Effekt der Verantwortlichkeitszuschreibung über die durch sie verursachten Gefühle zustande kommt. Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung war, dass das Ausmaß an moralischer Verurteilung und damit einhergehenden Affekten und Verhaltensweisen durch attributionsrelevante Informationen verändert werden konnte, zum Beispiel durch die Veränderung der Willkürlichkeit und Beeinflussbarkeit durch die betroffenen Personen. Daraus schließt Weiner, dass Reaktionen gegenüber stigmatisierten Personen ähnlich wie Leistungsbewertungen auf „moralischen Prinzipien“, wie Schuld und Sünde versus Krankheit (S. 10) beruhen.

Es wird postuliert, dass möglicherweise Kontrollierbarkeit eine grundlegende Eigenschaft der wahrgenommenen Ursachen ist. Schwarzer & Weiner (1990) bestätigten in weiteren Experimenten, dass attribuierte Kontrollierbarkeit der Krankheit weniger Mitleid, mehr Ärger und eine geringere Hilfsbereitschaft auslösen. Daneben erhalten Personen, deren Bewältigungsverhalten als aktiv wahrgenommen wird, mehr emotionale Zuwendung und werden sozial stärker unterstützt.

Das passiert auch, wenn die Erkrankung als kontrollierbar eingeschätzt wird. Einschränkung wird eingeschätzt, dass diese Ergebnisse anhand von geschilderten Ereignissen gewonnen wurden.

#### **II.4.2 Schuld**

Selbst- und Fremdbewertungen sowie Kausalattributionen sind eng verknüpft mit den philosophischen Konzepten von „Schuld und Scham“, die sich in den meisten Weltkulturen finden lassen. Schuldgefühle werden von depressiven Menschen erlebt und sind Bestandteil der Symptomliste des ICD-10. Allgemein wird davon ausgegangen, dass Schuld dann entsteht, wenn ein Individuum als selbst verantwortlich für einen Verstoß gegen eine Wertvorstellung gelten kann oder verantwortlich gemacht wird. Andererseits kann Schuld -bewusst oder unbewusst- „instrumentalisiert“ werden, um eigene Bedürfnisse durchzusetzen oder Grenzen aufrecht zu erhalten (Stiens, 1999).

Nach Wolfersdorf (1992, 2003) neigen depressive Patienten zu einem Vermeiden von Verantwortungsübernahme und zur Delegation der Verantwortung an andere. Die Frage nach den Gründen für die Erkrankung wird vom Patienten oft als Schuldfrage gestellt („Bin ich selbst schuld an meiner Erkrankung?“). Es ist anzunehmen, dass Schuld und Verantwortung auch für die Angehörigen bedeutsam sind. Dabei gehen bei Depressiven „hoher moralischer-ethischer Anspruch...einher mit hoher Schuld...“ (Wolfersdorf, 1992, S.204).

Die Bedeutung der Emotionen Schuld und Scham wird im Zusammenhang mit der Entstehung von psychischen Erkrankungen kontrovers diskutiert. Kocherscheidt, Fiedler, Kronmüller, Backenstraß & Mundt (2002) fanden an 127 psychiatrischen Patienten und 194 Studenten Hinweise auf die klinische Bedeutung von Schuld und Scham. Demnach bestehen bei Scham eine generell erhöhte Selbstaufmerksamkeit und eine Tendenz, Misserfolge dem gesamten Selbst und nicht einer spezifischen Handlung zuzuschreiben. Personen mit akuten Schamgefühlen würden sich zurückziehen und die auslösende Situation verlassen, was zu Gefühlen von Wert-, Machtlosigkeit und Kleinsein führe. Schuld dagegen resultiere aus einer negativen Beurteilung von Handlungen oder Verhalten und motiviere zu Reue und Wiedergutmachung, wobei keine negative Bewertung des gesamten Selbst stattfindet.

Damit sei Scham eher in der Lage, eine Symptomentstehung zu begünstigen (vgl. auch Lewis, 1971). Schwierigkeiten in der Operationalisierung entstehen nach Kocherscheidt et al. durch den synonymen Gebrauch der Emotionen in der Bevölkerung. Sie fanden, dass beide Emotionen die Übernahme von Verantwortung voraussetzen und eine Distanzierung eine untergeordnete Rolle spielt.

Dabei steht die Übernahme von Verantwortung bei Schuldgefühlen eher im Vordergrund als bei Scham. Zudem zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Scham und Neurotizismus sowie eine deutliche positive Korrelation zwischen Scham und Aggressivität. Das könnte bestätigen, dass Schuld die Grenzen anderer schützt und somit aggressive Handlungen oder Äußerungen hemmt, während Scham eine Externalisierung von Ursachen begünstigt und sekundär Wut und Aggression als Abwehrmechanismen denkbar sind. Nach Kocherscheidt et al. (2002, S.223) ergeben sich aus der Diagnostik emotionaler Neigungen neue Behandlungsperspektiven, zumal „Schuld“ als ein diagnostisches Merkmal der affektiven Störungen gilt.

### **II.4.3 Reaktionen des Umfeldes**

Die Ursachenkategorisierung der persönlichen Verantwortlichkeit (Kontrollierbarkeit) ist mit Emotionen verbunden, die Auswirkungen auf das Verhalten haben. Der prozessuale Zusammenhang zwischen Denken, Emotionen und Verhalten wird beispielsweise in der „Kognitiven Verhaltenstherapie“ von Beck explizit nutzbar gemacht. Wahrnehmungen von Verantwortlichkeit beeinflussen demnach die Gefühle von Ärger und Mitleid. Persönliche Verantwortlichkeit ist stark mit dem affektiven Ausdruck Ärger, eine unkontrollierbare Ursache eher mit Mitleid assoziiert. Falls Misserfolg auf einen Mangel an Anstrengung als Ursache zurückgeführt wird, wird eine persönliche Verantwortlichkeit oder „Schuld“ antizipiert, die zu Gefühlen des Ärgers führen und eine „Bestrafung“ nach sich ziehen. Im Gegensatz dazu wird bei einem ursächlich angenommenen Mangel an Fähigkeit keine persönliche Verantwortung vorausgesetzt. Das führt eher zu Mitleid und dem „Fehlen von Bestrafung“ oder Un-

terstützung. Verschiedenen Studien (Karasawa et al, 1991, nach Weiner, 1994) zu wahrgenommenen Ursachen für positive und negative Stimmungen zeigten, dass positive Stimmungen vorwiegend auf die Situation attribuiert werden, negative Stimmungen intrapersonellen Dispositionen zugeschrieben werden. Vielfach konnte die Beobachtung belegt werden, dass Depressive „sowohl Feindseligkeit und Ärger...als auch Vermeidung und Ablehnung...hervorrufen. Tatsächlich reagieren Menschen sogar auf Depressive dann negativ, wenn diese als Folge ungünstiger Lebensumstände depressiv werden“ (S.11).

#### **II.4.4 Zusammenfassung**

Moeller (1972) hat das Konzept der Entwicklungsphasen eines Patienten im „medizinischen System“ um die Komponente „Suche nach Hilfe im Laiensystem“ erweitert.

Nach seinen Beobachtungen versuchen Menschen, die eine eigene Behandlungsbedürftigkeit erkennen, Unterstützung und Erklärungen zuerst aus ihrem sozialen Umfeld zu erhalten. Jacob, Eirmbter & Hahn (1999) fanden in ihrer bundesweiten Repräsentativbefragung, dass vor dem Expertenrat die Beratung von Familien-angehörigen und Freunden in Anspruch genommen wird. Daraus ergibt sich die besondere Notwendigkeit einer entstigmatisierenden Aufklärung der Bevölkerung und der Angehörigen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten. Besondere Beachtung sollten dabei die Fragen der Kontrollierbarkeit und Verantwortlichkeit finden. Die Untersuchungen zur Wahrnehmung von Menschen mit sozialen Stigmata sowie deren Bewältigungsverhalten (Schwarzer & Weiner, 1990) zeigen nach Hornung & Gutscher (1994) vor allem, „...durch welche Verhaltensweisen ein erkrankter Mensch das Unterstützungspotential seines sozialen Netzwerkes aktivieren kann“ (S. 67). Dementsprechend können Abweichungen im Verhalten des Patienten die Umwelt zu einem veränderten Rollenverhalten veranlassen, das sich in Rückzug, ebenfalls verändertem Verhalten und Ablehnung ausdrücken könnte (Schulte, 1996). Unter Berücksichtigung der Theorie der wahrgenommenen Verantwortlichkeit wird untersucht, welche Attributionen hinsichtlich der Verantwortlichkeit und „Schuld“ bei den Patienten und deren Angehörigen vorherrschen. Welcher Umgang wird in diesem Zusammenhang mit Schuldzuweisungen gewählt? Wie werden diesbezüglich Partner wahrgenommen, wie die Patienten? Welches Ausmaß an Eigenverantwortlichkeit für die Krankheitsentstehung und –bewältigung wird ihnen zugeschrieben und welche Auswirkungen ergeben sich daraus?

#### **II.5 Copingstrategien**

Felton, Revenson & Hinrichsen (1984) fanden in einer Untersuchung an 170 Patienten mit chronischen Erkrankungen (Diabetes, Leukämie, Hypertonie, rheumatische Arthritis) fakto-

renanalytisch aus 55 Coping-Items 6 Subskalen der Copingstrategien (Cronbach's  $\alpha$  zwischen .65 und .80):

1. Kognitive Rekonstruktion: Suche nach positiven Aspekten der Krankheit und Glaube an die innere Reifung aufgrund der Erkrankung (z.B. *Rediscovered what is important in life. Religion became more important.*).
2. Ausdruck von Emotionen: emotionale Anspannung, Ausdruck von Ärger, Witze über die Erkrankung machen (z.B. *Let your feelings out somehow.*).
3. Wunsch-Fantasie: Glaube an eine positive Veränderung oder Heilung (z.B. *Hoped a miracle would happen.*).
4. Selbstbeschuldigung (z.B. *Realized you brought the problem on yourself.*).
5. Informationssuche (z.B. *Looked up medical information.*)
6. Bedrohungsminimierung (z.B. *Went on as if nothing had happened. Tried to forget the whole thing.*).

Nach Bott (1996) wurde die Bedrohungsminimierung von der Gesamtstichprobe am häufigsten, die Selbstbeschuldigung dagegen am wenigsten gewählt. Die Copingstrategien „Kognitive Rekonstruktion“ und „Informationssuche“ korrelierten mit positivem Wohlbefinden, die Skalen „Ausdruck von Emotionen“, „Wunschfantasie“ und „Selbstbeschuldigung“ mit negativen Gefühlszuständen (S.127). Dabei waren sich die Teilnehmer trotz unterschiedlicher Krankheitsdauer und -verläufe in den eingesetzten Copingstrategien sehr ähnlich. Besonders interessieren in dieser Untersuchung die Copingstrategien von Patienten und deren Partnern sowie die gemeinsamen Anstrengungen und Sichtweisen.

### II.5.1 Soziale Unterstützung

Nach Kendal et. al (1985) beinhalten Beziehungen besonders für Frauen ein hohes Maß an Befriedigung, allerdings bergen Probleme und Belastungen in genau diesen Beziehungen einen größeren Risikofaktor für Depression als Belastungen in anderen Lebensbereichen. Die Rollenverpflichtung der Frau, die darin gesehen wird, für andere Menschen zu sorgen, kann nach Belle (1982) das Depressionsrisiko erhöhen. Nach Wagner-Link (2001) wird gesellschaftlich von Frauen erwartet, dass sie auf Kummer und Nöte anderer eingehen, unabhängig davon, ob ihre eigenen Bedürfnisse nach Unterstützung und Wertschätzung ausreichend befriedigt sind. Nach Schwarzer & Leppin (1990) korreliert der soziale Rückhalt negativ mit psycho-sozialen Störungen und körperlichen Erkrankungen. In ihrer Metaanalyse von 80 Studien mit mehr als 60000 Personen konnten sie zeigen, dass die Unterstützungszufriedenheit die stärksten Zusammenhänge mit Gesundheits- und Krankheitsvariablen aufweist. Demnach werden Belastungen und kritische Lebensereignisse eher bewältigt, wenn die Betroffenen ihre erlebte soziale Unterstützung als zufrieden stellend beschreiben.

Auch wenn diese Ergebnisse inzwischen zum gesundheits-psychologischen Alltagswissen gezählt werden können, erscheint es wesentlich, *wie* die Personen ihre sozialen Kontakte wahrnehmen, erleben und einschätzen (Schulz & Schwarzer, 2003). Nach Kaluza (1996) gibt es verschiedene Formen der sozialen Unterstützung.

Dabei spielen *quantitative* (Häufigkeit, Dauer der Kontakte) und *qualitative* (Zufriedenheit mit der Unterstützung und Verfügbarkeit) Aspekte eine wesentliche Rolle. Soziale Unterstützung kann demnach auf verschiedenen Wegen erfolgen (S.40):

- *Emotionale Unterstützung*: gemeinsames Erleben von positiven Gefühlen, von Nähe und Vertrauen, Akzeptieren auch von unangenehmen oder sozial unerwünschten Gefühlen, Trost spenden, Ermutigen, „zu jemandem halten“, Selbstwert stärken, Körperkontakt.
- *Instrumentelle Unterstützung*: Hilfestellung beim Problemlösen, Informationen geben, über ein Problem sprechen, Rückmeldung.
- *Praktische und materielle Unterstützung*: Dinge oder Geld ausleihen, praktische Hilfen im Alltag.
- *Geistige Unterstützung*: Lebensvorstellungen, Werte und Normen, politische Anschauungen teilen.

Cutrona (1996, nach Bodenmann, 2000) bezieht sich in ihrem Ansatz zur sozialen Unterstützung in der Partnerschaft auf Befunde, die besagen, dass im Falle besonderer Problem- und Krisensituationen der Partner als erster um Rat und Hilfe gebeten wird. Sie schlussfolgert, dass damit die soziale Unterstützung in der Partnerschaft eine Schlüsselfunktion erhält.

## II.5.2 Das empathische Coping

Unter empathischem Coping wird „die Fähigkeit bzw. der Versuch verstanden, die affektive Welt anderer in der Stresssituation angemessen wahrzunehmen und dieses affektive Verständnis den anderen mitzuteilen“ (DeLongis & O'Brian, 1990, S. 230; zit. nach Bodenmann, 2000, S.37). Es wird angenommen, dass sich empathisches Coping gegenseitig verstärkt und soziales Feedback sowie Modelllernen als Wirkfaktoren bedeutsam sind. Empathisches Coping ist ein Coping mit sozialer Interaktion und hat damit im günstigsten Fall einen beziehungsstabilisierenden Effekt. DeLongis & O'Brian (1990; zusammenfassend bei Bodenmann, 2000) gehen davon aus, dass Wohlbefinden und Selbstwert entscheidend durch soziale Interaktionen, wie soziale Unterstützung, Bestätigung, Zuneigung und Sympathie, beeinflusst werden. Dabei sei die Fähigkeit, positive soziale Interaktionen herzustellen oder in Fällen schädigender Auswirkungen aufzulösen, von zentraler Bedeutung. Die Einschätzungsprozesse hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung und das Coping werden demnach maßgeblich durch soziale Faktoren, wie soziales Feedback

(gemocht oder geliebt werden, Wichtigkeit für andere Personen), beeinflusst. Nach diesem Modell verwenden Personen mit hoher internaler Kontrollüberzeugung und hoher Selbstwirksamkeitserwartung häufiger problembezogenes Coping. Personen mit externalen Überzeugungen greifen eher auf ein emotionsbezogenes Coping zurück, hier häufiger auf dysfunktionale Strategien wie Vermeidung und Verleugnung.

Nach DeLongis et al. geht ein besserer Selbstwert mit einer effektiveren Stressbewältigung, einem insgesamt besseren Befinden und einer höheren Wahrscheinlichkeit des Erhaltens von sozialer Unterstützung einher (Bodenmann, 2000, S. 37). Ausdrucksformen empathischen Copings sind unter anderem körperliche Sympathiebekundungen, ein verständnisvoller Gesichtsausdruck und ein warmer Tonfall. Die Fähigkeit, sich in das Denken und Fühlen eines anderen hinein versetzen zu können und sich trotzdem vor einer Verschmelzung mit dem anderen zu schützen, wird als Voraussetzungen von den Autoren genannt.

Für den Fall, dass sich eine Beziehung als den Selbstwert schädigend und die Gesundheit beeinträchtigender Stressor darstellt, konzipierten O'Brian & DeLongis (1997) antagonistische Strategien, die eine Reduzierung dieser Sozialkontakte oder deren Auflösung verfolgten und stellten sie dem empathischen Coping entgegen. Diese Überlegungen gelten jedoch als noch wenig empirisch abgesichert.

### II.5.3 Das beziehungsbezogene Coping

Der Ansatz des beziehungsbezogenen Copings postuliert, dass der Erfolg der Stressbewältigung nicht nur von der Qualität des individuellen Copings bestimmt wird, sondern ebenso von den dyadischen Bewältigungsbemühungen *und* den kontextuellen Bedingungen, beispielsweise den institutionellen Voraussetzungen des Gesundheitssystems. Dabei beziehen sich die Autoren hauptsächlich auf Studien im Kontext schwerer körperlicher Erkrankungen, wobei Stress in Partnerschaften ein „gemeinsames Schicksal“ („shared fate“), Coping eine „dyadische Angelegenheit“ („thoroughly dyadic affair“) sei.

Eine Form der *indirekten* sozialen Unterstützung, insbesondere im partnerschaftlichen Kontext, wurde von Coyne und Smith (1991) in einer Untersuchung an Myocardinfarktpatienten und deren Partnerinnen beschrieben und von Schulz & Schwarzer (2003) als „protektives Abfedern“ bezeichnet. Es beinhaltet Verhaltensweisen, die der Entlastung sowohl des Betroffenen als auch des Partners dienen. Dazu gehören das Zurückhalten von Kritik und das Vermeidenwollen von Beunruhigung durch das Zeigen von Stärke in Gegenwart des anderen. Möglicherweise soll so der Erschöpfung der Unterstützungsquelle begegnet werden.

Dem gegenüber zeigen Ergebnisse der Ärgerforschung, dass das Unterdrücken von Emotionen eher zu negativen Effekten führt und die „protektive Pufferung“ (vgl. Coyne & Smith)



demnach auch als eine ungünstige Vermeidungsstrategie im Sinne der Emotionsrepression aufgefasst werden könnte (Bodenmann, 2000).

Nach Klauer & Schwarzer (2001) geht jedem Hilfsangebot eine Form der Unterstützungsmobilisierung voraus, die nicht immer als solche direkt erkennbar und bewusst sein muss. Die Aktivierung des sozialen Netzwerkes kann auf ganz unterschiedliche Arten – direkt verbal oder indirekt nonverbal- erfolgen und eine „Bedürftigkeit des Hilfesuchenden“ signalisieren (Schwarzer & Weiner, 1991).

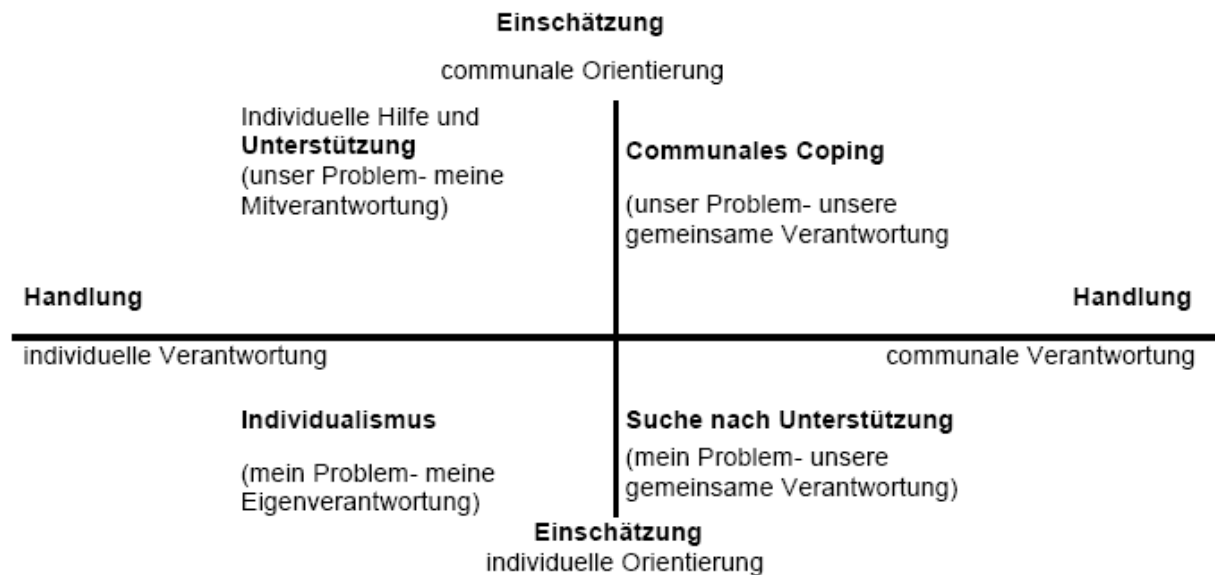
### II.5.4 Das communale Coping

Das communale Coping nach Lyons et al. (1998 ; nach Bodenmann, 2000) meint die „koordinierten Copingbemühungen mehrerer von einem gleichen Stressereignis betroffenen Personen in intimen Systemen (z.B. Partnerschaft)..., welche dazu dienen, kollektive Stressoren im Sinne von kritischen Lebensereignissen...oder individuelle Stressoren (z.B. Arbeitslosigkeit, Krankheiten, Behinderungen usw.) zu bewältigen“ (S.38). Communales Coping setzt voraus, dass beide Partner eine *gemeinsame* Sicht bezüglich des Stressors gewinnen und daraus eine gemeinsame Verantwortlichkeit für die Bewältigung erwächst (Stress als *unser* Stress).

Dabei treffen sich die Partner in ihren jeweils eigenen Bedürfnissen, aktivieren gemeinsame Ressourcen und etablieren gemeinsame Problemlösungen. Wichtig sind hier individuelle und dyadische Motive. Als Voraussetzungen für communales Coping werden von Lyons, Mickelson, Sullivan & Coyne folgende Bedingungen genannt:

1. *communale Copingorientierung*: Einsicht, dass eine gemeinsame Stressbewältigung günstig und notwendig ist oder erwartet wird.
2. *angemessene Kommunikation über den Stress*: Koordination zwischen den Copingbemühungen beider Partner erfordern klare Absprachen und einen Austausch der Einschätzungen beider Partner bezüglich des Problems.
3. *Kooperative Handlungen*: Entwicklung und Umsetzung gemeinsamer Strategien zur Problemlösung.

Durch das communale Coping soll langfristig eine Festigung der Beziehung stattfinden und verschiedene Mitglieder des Systems ein besseres Funktionsniveau erreichen. Die Ausprägung des kommunalen Copings erfolgt nach den Autoren in Abhängigkeit von der *Einschätzung* (individuell versus communal) und der *Handlung* (individuell versus communal). Die Abbildung 2 soll die Einordnung dieses Copings verdeutlichen.



In: Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. S.39

**Abbildung 2: Individuelle und soziale Copingprozesse nach Lyons et al. (1998).**

Lyons et al. (1998, nach Bodenmann, 2000) postulieren, dass es unter folgenden Bedingungen in *längeren* Partnerschaften zu einem communalen Coping kommt:

- die personellen Ressourcen sind überfordert, zusätzliche Hilfe wird notwendig;
- Unterstützung durch den Partner wird als emotional entlastend erlebt;
- längerfristige Unterstützung durch den Partner gewährleistet,
- gewisse Sicherheit für künftige Stressoren („insurence policy“) i.S. von „ich werde nicht allein gelassen“,
- diese Bewältigungsform führt zu günstigen Effekten,
- die Situation zwingt zu einer Kooperation beider Partner,
- der soziokulturelle Hintergrund lässt kollektives Handeln zu, es ist angemessen.

### II.5.5 Das interaktive Coping

Innerhalb der Forschung zur sozialen Unterstützung wird erst in neuerer Zeit „den Fähigkeiten der Person, soziale Unterstützung zu aktivieren, weiterzuentwickeln und zu konsolidieren...“ (zitiert nach Bodenmann, 2000, S.42) Aufmerksamkeit geschenkt (z.B. Carpenter & Scott, 1992; DeLongis & O'Brian, 1990). Ferner interessieren die Bedingungen und die Situationen der hilfesuchenden bzw. –gebenden Personen, die zur sozialen Unterstützung führen. Der Ansatz des interaktiven Copings von Barbee (1990) beschäftigt sich mit der unterstützenden Person („helper“). Dabei werden externe Variablen, wie Problemtyp, Art und Qualität der Beziehung, sowie intra- und interpersonelle Variablen des Helfenden betrachtet.

Dazu gehören vor allem Faktoren, die erklären, wann und unter welchen Umständen eine Person zur Unterstützung bereit ist und welches Verhalten zur Problemlösung beiträgt.

Der Hilfesuchende selbst wird als Auslöser der sozialen Unterstützung gesehen. Das daraus resultierende Circumplexmodell von Barbee wird zur besseren Übersicht in Abbildung 3 dargestellt.

Dimensionen	emotionsorientiert	problemorientiert
<b>annäherungs-orientiert</b>	<b>„solice“</b> Bestätigung und Zuneigung geben, Geschenke machen, gut zureden, sympathische Bemerkungen machen, Witze erzählen und lachen, aufheiternde Dinge unternehmen etc.	<b>„solve“</b> nachfragen, wie es geht, ereignisbezogene Fragen stellen, Vorschläge machen etc.
<b>vermeidungs-orientiert</b>	<b>„escape“</b> über andere Dinge sprechen, die Person ignorieren, eine Zeitschrift lesen, den Raum verlassen etc.	<b>„dismiss“</b> sich über das Problem des andern lustig machen, das Problem abwerten, auslachen, über eigene Probleme sprechen und diese als bedeutsamer hinstellen als diejenigen des anderen etc.

In: Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. S. 43.

**Abbildung 3: Circumplexmodell des interaktiven Copings von Barbee (1990).**

Die situative Verfassung des Helfers, sein Hilfe- und Verantwortungsgefühl sowie die Stimmung des Hilfeempfängers haben einen Einfluss auf das gewählte Copingverhalten. Die Stimmung des Helfers sowie des Hilfeempfängers soll von eigenen Werten, Attributionstendenzen und Verpflichtungsgefühlen abhängig sein. Eine positive Befindlichkeit des Helfers soll zu einer größeren Hilfebereitschaft beitragen, während sich nach Barbee & Cunningham (1988, nach Bodenmann, 2000) bei negativen Stimmungen der Beteiligten unterschiedliche Effekte zeigen.

## II.5.6 Dyadisches Coping und Depression

In einer klinischen Untersuchung von Schwerzmann (2000; nach Bodenmann, 2001) an 60 Paaren, von denen ein Partner oder beide an Depressionen erkrankt waren, fanden sich vor allem bei erkrankten Frauen eine signifikant geringere Wahrnehmung von emotionsbezogener Stresskommunikation und gemeinsamen dyadischen Copingstrategien. Die mäßig und schwer depressiv Erkrankten gaben häufiger als Remittierte und Gesunde an, Stress

nicht *gemeinsam* zu bewältigen und supportive Bemühungen des Partners als ambivalent zu erleben.

Aus der Betrachtung der Schweregrade wurde geschlussfolgert, dass ab einem gewissen Grad der depressiven Beeinträchtigung eine Störung der gemeinsamen Bewältigung eintritt und mit weiterer Depressionsstärke eine negative Ausprägung erhält.

Kayser, Sormanti & Strainchamps (1999; nach Bodenmann, 2000) haben in Anlehnung an die psychologische Entwicklung speziell von Frauen einen *feministischen Ansatz* im Rahmen des dyadischen Copings formuliert. Demnach hat Coping im Rahmen von Partnerschaften vor allem für Frauen einen persönlichen Sinn zur Verbesserung der Paarbeziehung und stellt eine der wichtigsten Quellen des Wohlbefindens für Frauen dar. Im Falle von einschneidenden Belastungssituationen (z.B. Krebs) würde die partnerschaftliche Beziehung eine Quelle der emotionalen Unterstützung darstellen. Demnach ist die Bewältigung belastender Lebensereignisse für Frauen in hohem Maße von der Qualität der Partnerschaft abhängig. Im Falle eines effektiven Copings entsteht eine stärkere emotionale Nähe zwischen den Partnern. Eine besondere Bedeutung findet in diesem Ansatz die wechselseitige Empathie. Hohe Partnerschaftsqualität und persönliches Wachstum entstehen nach Kayser (1999) durch wechselseitiges Engagement bei Stress und ein empathisches Verständnis der Partner. Wie im Ansatz zum *empathischen Coping* wird das dyadische Coping auch hier als „Mittel zur Verbesserung der Partnerschaftsqualität“ gesehen (Bodenmann, 2000, S. 42).

### II.5.7 Forschungsergebnisse zum dyadischen Coping

Als gut untersucht und empirisch breit abgestützt gilt das Konstrukt der systemisch-prozessualen Stresstheorie von Bodenmann (1990, 1995, 1997, 1998; zusammenfassend bei Bodenmann, 2000). Diese Theorie stellt eine Erweiterung der transaktionalen Stresstheorie dar und wurde an klinischen und nichtklinischen Paaren überprüft. Bisher liegen nur wenige und inkonsistente Befunde zum beziehungsbezogenen Coping, vor allem zur protektiven Pufferung (Coyne & Smith, 1991) vor. Das Konstrukt des empathischen Copings (nach DeLongis & O'Brian, 1990) wurde ebenfalls nur wenig untersucht und auch, unter welchen Bedingungen Verständnis für den Partner eine beziehungsfördernde Kompetenz darstellt. Das Modell des communalen Copings als Bewältigung von kollektiven Stressoren durch mehrere Betroffene (nach Lyons et al., 1998) konnte bisher noch keiner empirischen Überprüfung unterzogen werden. Das Modell der sozialen Unterstützung (Cutrona, 1996) und Bedingungen, die fördern oder hemmen, wurden nach Bodenmann (2000) noch nicht empirisch überprüft, sondern eher theoretisch analysiert.

### II.5.8 Zusammenfassung

Diese Befunde bekräftigen die Notwendigkeit der Forschung bei spezifischen Krankheitsgruppen sowie die Einbeziehung der Angehörigen bei der Therapie, zumal nicht nur individuelle, sondern auch dyadische Copingressourcen einer starken Beeinträchtigung unterliegen. Es soll untersucht werden, welche Copingstrategien unter welchen Bedingungen gewählt werden. Zudem widmet sich die Untersuchung der Frage, welche Variablen die soziale Unterstützung begünstigen oder beeinträchtigen, in welcher Weise sie wahrgenommen werden und ob sich geschlechts-spezifische Unterschiede zeigen lassen.

## II.6 Attributionstheorien

Die Attributionsforschung hat eine sehr lange Tradition und eine Vielzahl an Theorien hervorgebracht, die menschliches Denken und Verhalten zu erklären versuchen. Attributionstheorien erklären zudem auch die Entstehung von „subjektiven Krankheitstheorien“ und stellen sich daher für den Untersuchungsgegenstand als wichtig dar. Attribution bedeutet „Zuschreibung“, durch die -meist unbewusst- einem Objekt oder Zustand eine Ursache beigemessen wird. Heider dehnte diesen Begriff auf die ursächliche Zuschreibung für „Wohltat und Schaden, Erfolg und Misserfolg, Wünsche und Gefühle“ aus (nach Dorsch, 1987). Danach werden Ursachen einem subjektiven oder objektiven Pol zugeordnet, also *intern* oder *extern* attribuiert.

Die Attributionsforschung betrachtet dabei Ursachenzuschreibungen für eigene, aber auch für fremde Handlungen und Ziele. Vertrauen versus Misstrauen werden ebenfalls erhoben und als Folge von Zuschreibungen verstanden. Die Suche nach (Kausal-) Attributionen ist durch „Warum-Fragen“ gekennzeichnet. Dem Menschen wird eine grundsätzliche Suche nach den Ursachen unterstellt und als seine Sehnsucht nach Kontrollierbarkeit, Begründung, Übereinstimmung und Orientierung bewertet. Unbestritten ist, dass spezifische Umstände verschiedene Attributionsstile hervorrufen können, die unterschiedliche Auswirkungen auf die Handlung und die Emotionen haben (vgl. Weiner, 1994). Umgekehrt hat die emotionale Verarbeitung Auswirkungen auf die Attribution.

### II.6.1 Die Theorie von Kelley

Die einflussreichste und allgemeinste Attributionstheorie stammt von Kelley (1967), in der *drei Arten* von Attributionen unterschieden werden:

- *Personenattributionen*: Die Ursache einer Handlung oder eines Ereignisses wird in einer (relativ stabilen) *Eigenschaft der Person* gesehen.

- **Stimulusattributionen:** Die Ursache wird in einer (relativ stabilen) *Eigenschaft* eines Reizes oder *der Umgebung* gesehen.
- **Umständeattributionen:** Die Ursache wird in einem *Zusammentreffen besonderer Umstände* gesehen, beispielsweise Zufall oder momentane Stimmungszustände.

Diese Theorie hat für Untersuchungen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung eine besondere Bedeutung erlangt. Dieser Ansatz ermöglicht es, Aussagen über die Ursachen von beobachtetem Verhalten sowie auch über die Ursachen von Ereignissen, beispielsweise von Erfolgen oder Misserfolgen, vorherzusagen.

### II.6.1.1 Das Kovariationsprinzip als Kernstück

In die Einschätzung fließen Vorerfahrungen des Beurteilers ein, ebenso spielen zeitliche und räumliche Kontiguität von Ereignis und potentieller Ursache sowie das Ausmaß der Ähnlichkeit zwischen beiden eine entscheidende Rolle. Heider und Kelley (nach Försterling, 1994) beobachteten, dass Menschen aus dem Nebeneinander von Effekten und Bedingungen auf die Ursachen schließen (Kovariationsprinzip). Demnach ist die Beobachtung des Verhaltens einer Person gegenüber einem Objekt bzw. einer anderen Person zu einem bestimmten Zeitpunkt der Ausgangspunkt von Kausalbetrachtungen (siehe Abbildung 4).

<b>Attribution</b> (Zuschreibung)	<b>Konsensus</b> (Verhalten sich <i>andere Personen</i> ebenso gegenüber dem Stimulus ?)	<b>Information Distinktheit</b> (Verhält sich die Person auch bei anderen Stimuli genau so?)	<b>Konsistenz</b> (Verhält sich die Person nur zu diesem Zeitpunkt so gegenüber dem Stimulus?)
	Andere Personen verhalten sich auch so bei dem Stimulus = <i>hoher Konsensus</i>	Person verhält sich gegenüber anderen Stimuli auch so = <i>geringe D.</i>	Person hat sich <i>früher</i> schon so verhalten = <i>hohe Konsistenz</i>
<b>Situation</b> (Stimulus)	<b>Hoch</b> (andere Personen verhalten sich auch so bei dem Stimulus)	<b>Hoch</b> (Person verhält sich nur bei diesem Stimulus so)	<b>Hoch</b> (Person hat sich zu jeder Zeit so gegenüber Stimulus verhalten)
<b>Person</b>	<b>Gering</b> (nur wenige Personen verhalten sich ebenso bei Stimulus)	<b>Gering</b> (Person verhält sich bei anderen Stimuli nicht so)	<b>Hoch</b> (Person hat sich zu jeder Zeit so gegenüber Stimulus verhalten)
<b>Umstände</b>	<b>Gering</b> (nur wenige Personen verhalten sich ebenso bei Stimulus)	<b>Hoch</b> (Person verhält sich nur bei diesem Stimulus so)	<b>Gering</b> (Person hat sich noch nie so verhalten)

Abbildung 4: Hypothesen zur Kausalattribution nach Kelley

Dabei müssen neben dem beobachteten Ereignis zusätzliche Informationen zur Verfügung stehen (vgl. Herkner, 1991), die als Konsensus, Distinktheit und Konsistenz bezeichnet werden. Daraus leitete Kelley Hypothesen zu den Attributionen auf Personen, andere Objekte

oder Umstände ab, die weitgehend experimentell bestätigt werden konnten. Konsensus besagt dabei, dass sich die meisten aller Personen gegenüber dem Stimulus genau so wie die beobachtete Person verhalten (hoher Konsensus) oder es verhalten sich nur wenige Personen ebenso (geringer Konsensus). Distinktheit bezieht sich auf die Informationen über das Verhalten der Person in anderen Situationen, also gegenüber anderen Reizen. Verhält sich die Person meistens oder immer genau so, ist die Distinktheit gering. Tritt dieses Verhalten nur in dem speziellen Fall auf, ist die Distinktheit hoch. Konsistenz betrachtet das Verhalten der Person gegenüber dem Stimulus zu anderen Zeitpunkten. Hat sich die Person schon immer oder meistens gegenüber dem Reiz oder der Person verhalten, ist die Konsistenz hoch, wird das Verhalten als „einmalig“ erlebt, ist die Konsistenz gering. Herkner (1991) beschreibt in der Zusammenfassung der experimentellen Ergebnisse für die Stimulusattribution (siehe dargestellte Information in Abbildung 4) eine Beurteilerübereinstimmung von 69%, eine Personenattribution von 80%, die Attribution auf die Umstände wurde von 54% der Versuchspersonen gewählt.

#### II.6.1.2 Das Abschwächungs- und Vergrößerungsprinzip

Das Abschwächungsprinzip besagt, dass beim Vorliegen mehrerer plausibler Ursachen für ein Ereignis jeder einzelnen Ursache weniger Einfluss zugestanden wird als wenn sie alleinig vorliegen würde. Nach Kelley verursacht dieser Sachverhalt eine große Unsicherheit bezüglich der Kausalbeziehungen der Ursachenzuschreibungen. Daraus folgt, dass der „naive Beobachter“ versucht, diese Unsicherheit zu minimieren (Abschwächungs- oder Reduktionsprinzip), indem er festzustellen versucht, welche Ursache die wahrscheinlich wirksamste ist. Allerdings kann dieses Modell im konkreten Fall nicht voraussagen, welche der vorhandenen plausiblen Ursachen abgeschwächt, eliminiert oder als einzige Ursache akzeptiert werden. Weiterführende Untersuchungen (Deci, 1975; Deci & Ryan, 1985) kamen zu dem Ergebnis, dass zuerst nach externen Ursachen gesucht wird und erst später interne Attributionen in Betracht gezogen werden oder der Suchprozess abgebrochen wird. Das würde bedeuten, dass sich beim Vorliegen externer Ursachen die Abschwächung oder Eliminierung auf die internen Ursachen bezieht. Bis heute ist noch nicht erschöpfend geklärt, ob diese Hypothese generell oder unter welchen Bedingungen sie gilt.

Das Abschwächungsprinzip soll gelten, wenn mehrere Ursachen für ein Verhalten oder Ereignis vorliegen und diese Ursachen als förderlich für das Verhalten betrachtet werden. Das *Vergrößerungsprinzip* tritt ein, wenn mehrere Faktoren vorhanden sind, von denen einige das Verhalten oder Ergebnis fördern, andere es behindern. Dabei werde die fördernde Ursache als besonders stark wahrgenommen (Kelley, 1972; Kelley & Thibaut, 1978).

### II.6.1.3 Kausale Schemata

Ist es nicht möglich, Informationen für vollständige Kausalanalysen zu erhalten oder fehlen Zeit und Motivation, wird nach Kelley (1972) auf kausale Schemata zur Vervollständigung zurückgegriffen. Dabei bedeuten kausale Schemata „explizite Annahmen über die möglichen und wahrscheinlichen Ursachen bestimmter Ereignisse“ (Herkner, 1991, S.288). Sie werden als kausale Schemata erster Art oder Ergänzungsschemata bezeichnet. Kausale Schemata zweiter Art bezeichnen Annahmen über die vermutete Verantwortlichkeit und stehen im engen Zusammenhang mit der Sozialisation, sozialen Lernprozessen, der Meinungsbildung durch Kommunikationsprozesse, aber auch mit früher ausgeführten vollständigen Attributionsanalysen. Diese Analysen werden vorgenommen, wenn ein Ereignis oder ein Verhalten zu selten beobachtet werden konnte als dass der Beobachter Konsensus-, Distinktheits- oder Konsistenzinformationen sammeln konnte. Sie stellen damit eine noch stärkere *Verkürzung des Attributionsprozesses* dar als die Ergänzungsschemata.

### II.6.1.4 Einschränkungen bei der Ursachenzuschreibung

Mit der Einführung der *kausalen Schemata* ist auch die Einschränkung verbunden, dass Menschen *nicht* zu jeder Zeit alle erreichbaren Informationen einbeziehen oder relativ „vernünftige“ Deduktionsregeln anwenden. Es ist noch nicht vollständig geklärt, unter welchen Bedingungen welche Prinzipien genutzt werden, also wann nach ausführlicher Informationserhebung und wann nach vorhandenen impliziten Annahmen beurteilt wird.

#### II.6.1.4.1 Ausführliche Informationssuche

Langer (1978, 1989) fasst folgende experimentell gewonnenen Ergebnisse so zusammen: *Ausführliche Informationssuche* findet statt:

- in neuen Situationen, für die es noch keine bekannten Konzepte gibt;
- wenn die als positiv oder negativ erlebten Konsequenzen stark von früher gebildeten Erwartungen abweichen;
- wenn das „programmierte“ Verhalten von äußeren Faktoren behindert oder unterbrochen wird;
- wenn man sich in einer persönlich wichtigen Situation befindet, beispielsweise im Kontakt mit emotional nahe stehenden Personen oder Personen, von denen man in wichtigen Bereichen abhängig ist (Pittman & Pittman, 1980).

Nach Erfahrungen von Unkontrollierbarkeit ist die Informationsbewältigung besonders sorgfältig, der Attributionsfehler besonders gering (Pittman & D’Augustino, 1985). Dabei scheinen jedoch auch die persönliche Wichtigkeit und das Ausmaß der ursprünglichen Kontrollerwar-



tung eine entscheidende Rolle zu spielen. Die hinreichenden Bedingungen sind jedoch noch ungeklärt.

#### II.6.1.4.2 Unvollständige Informationssuche

Der „*falsche Konsensuseffekt*“ (Ross, Greene & House, 1977 et al.) beschreibt die Tendenz zu einer egozentrisch verzerrten Wahrnehmung. Demnach halten Personen eigene Meinungen oder Werturteile und Einstellungen für verbreiteter als diese es tatsächlich sind. Das bedeutet, dass bezüglich der eigenen Meinung ein höherer Konsensus angenommen wird. Ross diskutiert aus seinen Experimenten zwei mögliche Erklärungen. Zum einen könnten sich Personen vorrangig mit Personen umgeben, die ähnliche Meinungen und Einstellungen teilen und somit eine generelle Wahrheit annehmen und die tatsächlichen Häufigkeiten überschätzen. Zum anderen sind die meisten Situationen mehrdeutig und nicht alle Informationen sind vorhanden, die zur realistischen Beurteilung benötigt würden. Daher nehmen die meisten Menschen an, dass andere Personen diese Situation ähnlich interpretieren müssten wie sie selbst. Generell besteht eine starke Tendenz zur Personenattribution, die von Ross (1977) als „fundamentaler Attributionsfehler“ (nach Weiner, 1991, S.294) bezeichnet wird. In Untersuchungen fand er, dass nicht nur Laien, sondern auch Psychologen dazu neigen, Persönlichkeitsfaktoren zu überschätzen und Situationsfaktoren zu vernachlässigen. Es zeigte sich sogar, dass auch dann auf eine Person attribuiert wurde, wenn diese offensichtlich unter Zwang handelte.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass das eigene Verhalten und die eigenen Ansichten für weit verbreitet und normgerecht gehalten werden, während davon verschiedenes Verhalten eher als nicht adäquat, selten und den allgemeinen Normen widersprechend beurteilt werden.

#### II.6.1.4.3 Personelle Bedingungen für Zuschreibungen

Bei der Untersuchung der Personenvariablen lässt sich eine Verbindung zwischen Attributionen, motivationalen und emotionalen Einflüssen herstellen. Attributionen dienen ebenfalls der Vorhersage von Verhalten. Das bedeutet, dass Personen bestrebt sind, hinter vielfältigen Phänomenen, zum Beispiel sozialen Verhaltensweisen, stabile Ursachen zu erkennen, um auch zukünftiges Verhalten voraussagen zu können, wie zum Beispiel den Grad an zu erwartender Hilfsbereitschaft. Vermutet eine Person eher ein situationsspezifisches Verhalten, soll die Erwartung zukünftiger Hilfsbereitschaft eher gering sein.

#### II.6.1.4.4 Personelle Bedingungen für Bewertungen

Das Abschwächungs- und Vergrößerungsprinzip kommt auch in der Bewertung von Handlungen zum Ausdruck. Experimentell konnte gezeigt werden, dass als negativ bewerteten Handlungen eher auf die *Disposition der Person* zurückgeführt werden. Nach Skowronski & Carlston (1989) beeinflussen im *sozialen Kontext* als extrem bewertete Handlungen stärker den Gesamteindruck einer Person als weniger oder mäßig extrem beurteilte. Diese „Negativitätstendenz“ tritt demnach dann auf, wenn die negative Information aufschlussreicher ist als die positive. Im *Leistungsbereich* seien umgekehrt jedoch positive Leistungen aufschlussreicher hinsichtlich der Dispositionsbewertung als negative Ergebnisse. In seiner Übersicht stellt Herkner (1991) verschiedene Befunde zur Entstehung von Einstellungen gegenüber anderen dar. Einige Experimente auf der Grundlage der Heider'schen Balancetheorie (beispielsweise Byrne; 1969, 1971) haben gezeigt, dass eine wahrgenommene *Einstellungsähnlichkeit* zu Sympathie führt und die subjektive Wichtigkeit der Person dabei eine untergeordnete Rolle spielt. Möglicherweise liegen hier Reziprozitätseffekte vor, bei denen Personen aus ähnlichen Einstellungen folgern, dass sie von ihrem Gegenüber positiv bewertet werden (Condon & Crano, 1988).

Im Gegensatz dazu steht die Hypothese der *komplementären Bedürfnisse*. Demnach führe nicht die Ähnlichkeit zwischen Personen immer zu Sympathie und damit verbundener Handlungen, sondern ihre zusammenpassenden, einander ergänzenden (komplementären) Bedürfnisse (Stroebe, 1976, 2002). Diese Kontroverse und ihre besonderen Bedingungen sind noch nicht hinreichend geklärt.

Es wurden jedoch Hinweise darauf gefunden, dass die Wahrnehmung einer Zuneigung zur Erwidierung dieser Zuneigung führt, wenn eine *positive Selbsteinschätzung*

vorliegt. Das impliziert, dass Menschen mit einer negativen Selbsteinschätzung eher Menschen positiv bewerten, von denen sie ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Diese Hypothesen konnten in einigen Untersuchungen bestätigt werden, in anderen nicht. Herkner (1991) schlägt in seinem Übersichtsartikel eine Synthese der beiden Standpunkte vor, indem möglicherweise beide Hypothesen wahr sind. Bei Personen mit negativer Selbstwerteinschätzung wirken Prozesse in entgegengesetzte Richtungen.

### II.6.2 Die erweiterte Attributionstheorie von Weiner

Die Theorie von Weiner (1994) ist auf verschiedene soziale Bereiche gut anwendbar und eignet sich, bisher referierte Ergebnisse zu integrieren. Gefühle spielen hier bei der Vorhersage von Verhalten eine ebenso große Rolle wie Hypothesen über die Ursachen verschiedener Gefühle. Somit liefert sie einen Beitrag dazu, welcher theoretische Zusammenhang

zwischen gefühlsmäßiger Beteiligung, dem Zuschreiben von Ursachen sowie dem folgenden Hilfe- und Unterstützungsverhalten folgen könnten. Weiner (1986, 1994) unterteilt Attributionen nach dem *Ort*, der *zeitlichen Stabilität* und der Einschätzung ihrer *Veränderbarkeit*. Den Ursachen von Ereignissen sind demnach 3 Eigenschaften gemein:

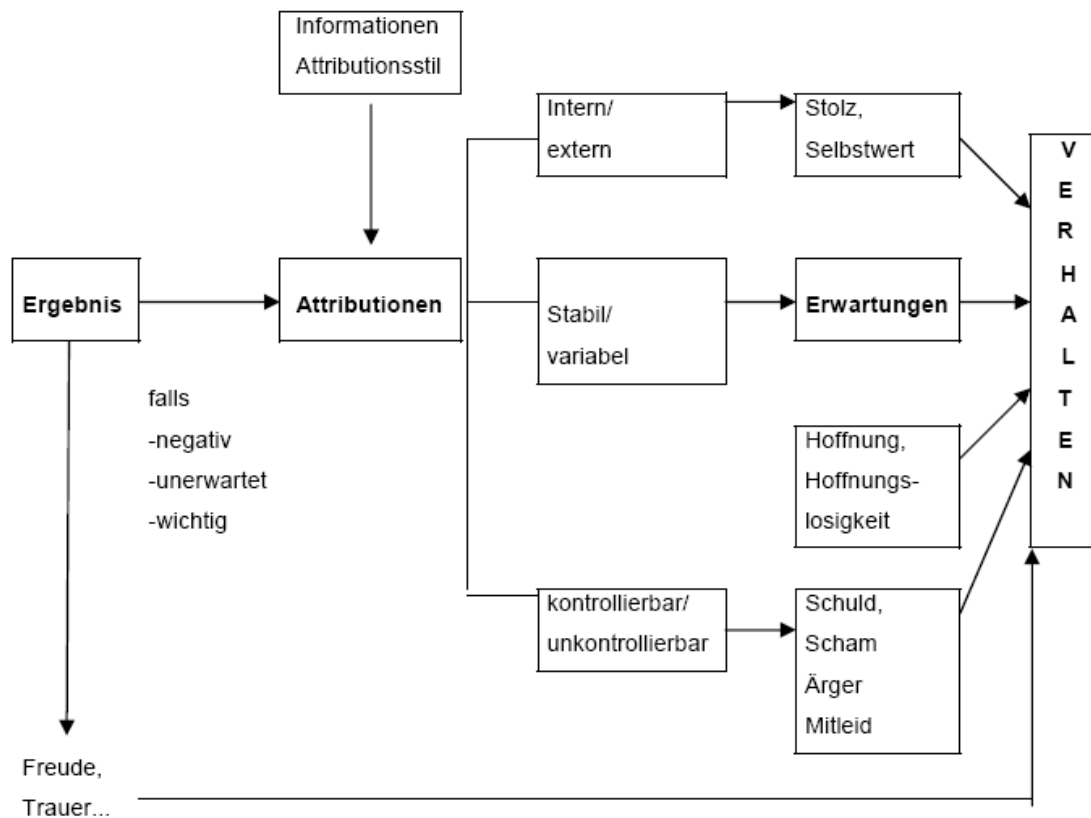
- Sie sind *internal* (innerhalb) oder *external* (außerhalb) des Handelnden lokalisiert (Lokationsdimension oder Personenabhängigkeit).
- Sie sind über die Zeit *stabil* oder *instabil* (Dimension der Stabilität)
- Sie sind durch den Handelnden *willentlich kontrollierbar* und *veränderbar* oder *unkontrollierbar* und *unveränderbar* (Dimension der Kontrollierbarkeit).

Dabei bezieht sich hier die Kontrollierbarkeit auf die *Kontrollierbarkeit der Ursachen von Ereignissen*.

### II.6.3 Forschungsergebnisse

In einer Untersuchung zur reformulierten Theorie der erlernten Hilflosigkeit von Abramson et al. fanden Stiensmeyer-Pelster (1988, zit. nach Petermann, 1992), dass depressive Patienten negative Ereignisse stärker auf internale, stabile und globale Ursachen attribuieren als Schizophrene und nicht-depressive Chirurgiepatienten. Für positive Ereignisse fanden sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Des Weiteren fanden Cochran & Hamman (1985) Zusammenhänge zwischen der Globalität der Attribution und Depression. Hautzinger (1983) fand bei Depressiven während der Erkrankung deutliche kognitive Verzerrungen, indem sie sich selbst die Verantwortung für negative Ereignisse zuschreiben und Erfolge external attribuieren. Depressive fühlen sich demnach hilflos und der Umwelt ausgeliefert. Hautzinger schlussfolgerte, dass kognitive Verzerrungen die Depression begleiten, die jedoch nicht verursachen.

Nach Petermann resultiert Depression nicht nur aus der Überzeugung, Probleme nicht selbst bewältigen zu können, wie in der Theorie der erlernten Hilflosigkeit postuliert, sondern in dem fehlenden Zugriff auf fremde Ressourcen, was dem Konzept der Hoffnungslosigkeitsdepression (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) nahe kommt.



Aus: Herkner, W. (1991). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. S.345.

**Abbildung 5: Darstellung der Theorie von Weiner (veränderte Wiedergabe).**

### II.6.4 Zusammenfassung

Die Ursachenzuschreibungen haben einen besonderen Stellenwert bezüglich der Krankheitsverarbeitung und der Sicht auf die eigene Beeinflussbarkeit und Kontrolle. Dabei ist nicht nur von Bedeutung, welche Einschätzung der Betroffene selbst, sondern auch seine Umgebung vornimmt. Im engen Zusammenhang mit der Einschätzung von Kontrollierbarkeit stehen Konzepte der persönlichen Verantwortlichkeit, von Fehlverhalten und Schuld sowie dem Erhalten von familiärer und sozialer Unterstützung. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Ursachenzuschreibungen eine hohe Funktionalität haben und in einem engen Zusammenhang mit den Reaktionen stehen (Weiner, 1994; Försterling & Stiensmeier-Pelster, 1994).

Daher interessieren in dieser Untersuchung die Ursachenzuschreibungen der Partner ganz besonders.

Welche Attributionen und damit Verantwortlichkeiten sehen sie bei der depressiven Erkrankung ihres Partners? Welche Schlussfolgerungen werden unter welchen Bedingungen gezogen und müssen bei der Therapieplanung und Behandlung eine stärkere Berücksichtigung finden?

## II.7 Wissenschaftliche Krankheitstheorien

In diesem Abschnitt sollen kurz die wichtigsten *Theorien der Depression* referiert werden, um den Paradigmenwechsel, der sich auf das diagnostische und therapeutische Vorgehen ausgewirkt hat, nachzuzeichnen. Dabei kann kein Ansatz für sich in Anspruch nehmen, eine kausale Erklärung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Erkrankungen geben zu können. Daher werden zunehmend integrative oder multifaktorielle Störungstheorien bevorzugt (vgl. Hautzinger, 1998).

Das *bio-psycho-soziale Modell der Krankheitsentstehung* versucht, die Hypothesen zur biochemischen Pathogenese der Depression (Noradrenalin-, Serotonin-, Dopamin-, Acetylcholin-, Gabahypothese) mit Hypothesen der zugrunde liegenden Konfliktproblematik zu verknüpfen und damit den Disput zwischen Somato- und Psychogenetikern aufzuheben.

Daher erscheint es behandlungsrelevant, individuelle Störungsmodelle zu erarbeiten sowie die „persönlichen Erklärungen“ der Betroffenen und der Angehörigen zu kennen und viel stärker einzubeziehen. Diese Krankheitstheorien lassen sich zudem gut in das transaktionale Modell von Persönlichkeit nach Lazarus & Folkman (1984) integrieren.

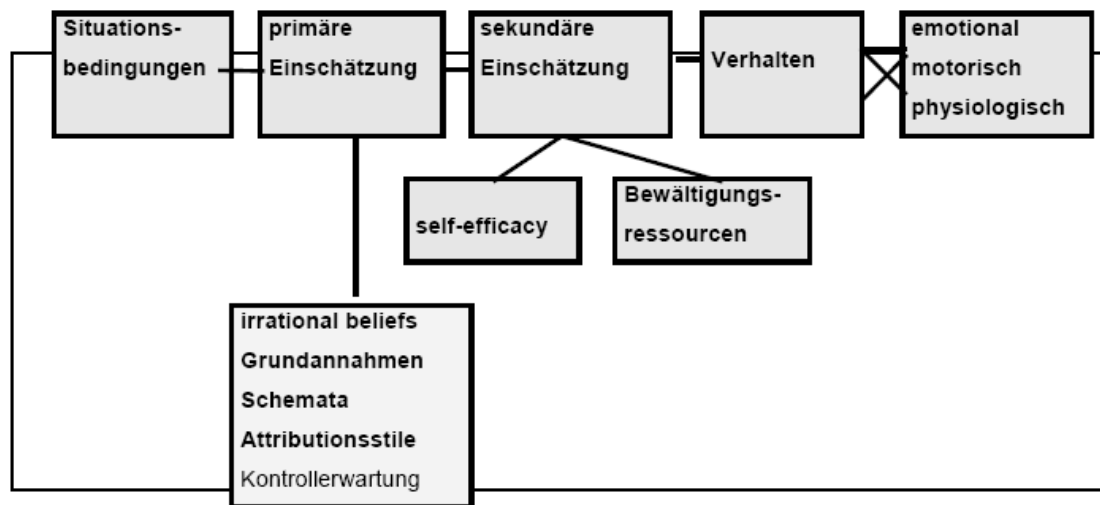
### II.7.1 Ausgewählte psychologische Theorien der Depression

Im Zusammenhang mit Depression werden verstärkt die Aspekte der Persönlichkeit diskutiert. Dabei fanden sich nach Hautzinger (1998) bei remittierten unipolar depressiven Patienten verstärkt die Persönlichkeitsvariablen Introversion und emotionale Labilität (Neurotizismus). Diese Variablen wirkten sich negativ auf depressive und ängstliche Symptome aus und beeinflussten direkt den Attributionsstil, vor allem bei mangelhaften sozialen Fertigkeiten. Weitere Erklärungskonzepte sind ein anankastischer (zwanghafter) Perfektionismus, interpersonelle Dependenz und soziale Abhängigkeit. Bei bipolar erkrankten Patienten fanden sich diese prämorbid auffälligkeiten nicht. Für die unipolaren depressiven Erkrankungen wird der Einfluss von kritischen Lebensereignissen und belastenden chronischen Schwierigkeiten diskutiert. Dabei variieren die Angaben eines erhöhten Risikos nach einem oder mehreren stressreichen Ereignissen je nach Autor und Untersuchungsdesign.

Es ist jedoch anzunehmen, dass kritische Lebensereignisse eine depressive Episode anstoßen können, sofern eine „Vulnerabilität“ für diese Erkrankung besteht.

Nach Hautzinger (1998) wurden als „depressogene Vulnerabilitätsfaktoren“ (S.27) gefunden: weibliches Geschlecht, Mangel an einer intimen, emotional positiven und unterstützenden Sozialbeziehung, zu versorgende kleine Kinder, Ressourcen- und Fertigungsdefizite, Erleben des Todes der Mutter in der eigenen Kindheit, keine Berufstätigkeit und ein geringes Selbstwertgefühl. Kritisch ist bei diesen Ergebnissen anzumerken, dass ungefähr einem Viertel der

depressiv erkrankten Menschen kein kritisches Ereignis vorausging und nicht geklärt ist, ob das geringe Selbstwertgefühl einen Risikofaktor oder eine Folge der Erkrankung darstellt.



In: Trautmann, R.D. & Zaudig, M. (2003). Persönlichkeitsstörungen und Neurosen aus verhaltenstherapeutischer Sicht. S.158.

**Abbildung 6: Tansaktionales Modell von Persönlichkeit nach Lazarus & Folkman (1984).**

### II.7.1.1 Das transaktionale Modell von Persönlichkeit

Lazarus & Folman (1984) haben ein transaktionales Modell der Persönlichkeit vorgeschlagen, das in der Lage ist zu erklären, wie Störungen entstehen, obwohl Menschen sich Situationsbedingungen geschaffen haben, die bisher ihre zentralen Motive befriedigen konnten. Trautmann-Sponsel & Zaudig (2003) bemerken dazu: „Seltsamerweise wurde dieses persönlichkeitspsychologische Modell von Lazarus auch von Verhaltenstherapeuten wenig rezipiert, obwohl sich viele kognitiv-verhaltens-therapeutische Konzepte darin problemlos unterbringen lassen“ (S.158). Nach diesem Modell sind es nicht vordergründig die überdauernden Merkmale einer Person, die einen Persönlichkeitsstil oder eine –störung ausmachen, sondern der Grad der Flexibilität, der bei veränderten Situationsbedingungen zur Verfügung steht.

Die primäre Einschätzung bezieht sich in diesem Modell darauf, welche Grundannahmen im Sinne von Beck oder irrationale Überzeugungen (Ellis) eine Person besitzt oder wie Ereignisse attribuiert werden (Metalsky & Abramson). Das Konzept der „self-efficacy“ (Bandura) ist als ein Verhaltensmerkmal zu verstehen, das erklärt, warum eine Person seine Bewältigungsmöglichkeiten als ausreichend oder nicht ausreichend einschätzt. Wichtig für die Entwicklung oder das Ausbleiben einer Störung ist dann, wie flexibel die überdauernden Merkmale (beispielsweise Grundannahmen, self-efficacy) bei veränderten Situationsbedingungen eingesetzt werden können oder nicht (Trautmann-Sponsel & Zaudig, 2003).

### II.7.1.2 Psychoanalytische Theorie der Depression

Als prominentester Vertreter soll hier Freud genannt werden, der bei der „Melancholie“ den Grundkonflikt des Betroffenen in der Fixation während der „oralen Phase“ sieht. Schon 1917 beschrieb er diese komplexe Psychodynamik auf der Grundlage früher Trennungs- und / oder Liebesentzugserfahrungen als eine „primäre narzisstische Wunde“ (zitiert nach Wolfersdorf, 1995).

In dieser Theorie spielen auch Gefühle wie Wut, Schuld und Scham eine entscheidende Rolle. Die Trauerarbeit misslingt, der Zorn des Trauernden auf den Verlorenen führt in die Depression und richtet sich, begleitet von Selbstvorwürfen und –abwertungen, gegen sich selbst. Die Neigung zur Selbstbestrafung kann nach Freud seine Entsprechung in der erhöhten Selbstaggression und Suizidneigung finden. Freud schreibt dazu: „Bei der Trauer ist die Welt arm geworden, bei der Melancholie ist es das Ich selbst“ (zitiert nach Schellenbaum, 1991, S.79).

Nach Mentzos (1995) ist die Depression nicht die Störung, sondern die Reaktion darauf. Danach muss die Depression „zwar als ein regressiver, jedoch eindeutig aktiver-defensiver Mechanismus begriffen werden“ (S.46) und je nachdem, welche Funktionen beeinträchtigt werden, „zeigt die darauf folgende depressive Reaktion eine jeweils andere Form“ (ebd.). So bestimmen nach diesem Modell der gewählte Modus der Verarbeitung, die Abwehr und die Kompensationsmechanismen die Ausprägung der depressiven Störung. Mentzos schlägt zur Differenzierung der depressiven Reaktionen und zur Entwicklung spezifischer Behandlungsmethoden ein interessantes „Drei-Säulen-Modell“ (S.41ff) vor und ordnet diesen Säulen eine pathologische Entsprechung zu (Abbildung 7):

<b>Säule III</b>	<b>Säule II</b>	<b>Säule I</b>
Reifes Gewissen Ödipales Über-Ich Archaisches Über-Ich	reifes Idealobjekt Leitbilder frühe Eltern-Images (Symbiose)	reifes Idealobjekt Größenphantasien Größen-Selbst
externe Stärkung von Leistung und Pflichterfüllung	Stärkung durch Identifikation	Externe Stärkung durch Spiegelung
Regressive Aktivierung der Basis von: 1. Säule III = „Schulddepression“ 2. Säule II = Abhängigkeits-Depression 3. Säule I = Manie Erschöpfung oder defensive Blockierung aller Säulen = „leere“ Depression		

**Abbildung 7: Drei-Säulen-Modell der Depression. Aus: Mentzos, S. (1995, S.41ff.)**

Bei einer „Schulddepression“ werde beispielsweise kompensatorisch versucht, das strenge Über-Ich zu verstärken, um Destabilisierungen durch eine Enttäuschung in anderen Bereichen auszugleichen. Eine „Abhängigkeitsdepression“ beruhe oftmals auf Enttäuschung oder Frustration und entstehe durch eine regressive Mobilisierung der infantilen Anhänglichkeit ohne die Produktion von Schuldgefühlen oder eine Aktivierung einer manischen Abwehr. Eine so genannte „leere Depression“ entspricht nach diesem Modell einer Blockierung jeglicher Abwehr und führe damit in eine absolute Erschöpfung. So folgert Mentzos, dass es bei einer Manie durch einen Verlust, durch Kränkung oder Enttäuschung zu einer Mobilisierung des Größenselbst komme und gleichzeitig das Über-Ich ausgeschaltet werde. Nach Mentzos dürfe die depressive Reaktion mit dem „...Rückzug von der äußeren Welt, der Verlangsamung, der Selbstverkleinerung etc. ...nicht nur als ein passiv erlittener Zustand begriffen werden, etwa durch die konfliktuöse Blockierung oder die psycho-biologische Erschöpfung erzwungen, sondern muss auch teilweise als ein defensiver, adaptiver und wenn auch regressiver, so doch ‚gutgemeinter‘ Versuch gesehen werden, *sich zu schützen*“ (S.53ff).

### II.7.1.3 Das Modell der erlernten Hilflosigkeit und seine Implikationen

Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit wird seit langer Zeit als Erklärungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der reaktiven Depression genutzt (Seligman, 1992; Stiensmeier-Pelster, 1994). Die anfänglich einfachen Erklärungen von Seligman erwiesen sich dabei als unzureichend. Es konnte nicht erklärt werden, warum manche Menschen nach der Erfahrung von Misserfolg ihre Anstrengungen erhöhen, andere wiederum in ihrem Bemühen nachlassen oder es einstellen.

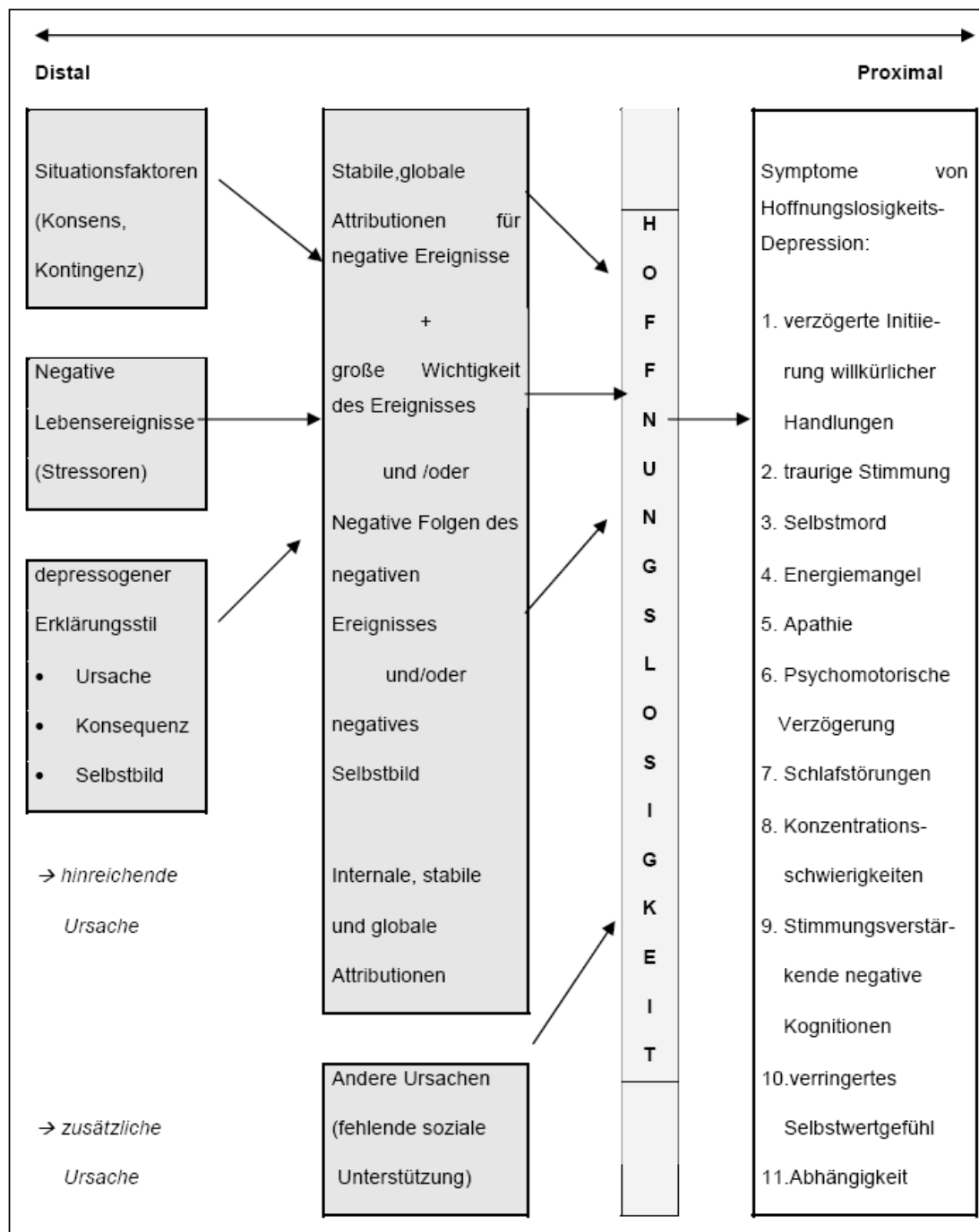
Beispielsweise wurde auch nicht deutlich, warum depressive Reaktionen auf kritische Lebensereignisse bei manchen Patienten lange andauerten, bei anderen schneller vorübergingen. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Erwartung der Unkontrollierbarkeit. Die Überarbeitung von Abramson, Seligman & Teasdale (1978) erweiterte diese Theorie um attributionstheoretische Überlegungen (vgl. Weiner, Meyer). Demnach bestimmen die *Ursachenerklärungen* für Ereignisse oder Misserfolge die Auswirkungen auf die Entstehung und Dauer der depressiven Reaktion. Wird der Misserfolg durch stabile Ursachen erklärt, wirkt er sich leistungsmindernd auf zukünftige Problemlösungen aus. Nach Abramson, Seligman & Teasdale (1978) werden nach Misserfolgen dimensionale Ursachenattributionen vorgenommen (siehe Attributionstheorien), wobei die eingeschätzte Stabilität und Globalität der wahrgenommenen Misserfolgsursache das Ausmaß der Unkontrollierbarkeitserwartungen generalisieren. Demnach bewirken stabile Ursachenzuschreibungen, dass die Erwartung von Unkontrollierbarkeit über einen langen Zeitraum bestehen bleibt, globale Attributionen generalisieren Motivations- und Leistungsdefizite auf völlig unterschiedliche Aufgabenbereiche. Die Lokation der Ursache (internal oder external) soll einen Einfluss auf das Selbstwerterle-



ben haben, wobei internale Attributionen Defizite im Selbstwert erzeugen (vgl. Stiensmeier-Pelster, 1994).

Untersuchungen zur Überprüfung des erweiterten Modells kamen zu sehr heterogenen Ergebnissen. Nach Stiensmeier-Pelster (1988) führen depressive Patienten negative Ereignisse stärker auf internale, stabile und globale Ursachen zurück als Schizophrene und nicht-depressive Chirurgiepatienten. Cochran & Hammen (1985) fanden bei depressiven Patienten nur Belege für einen Zusammenhang zwischen Globalität und Depression. Analog zu Hautzinger (1983) kamen sie zu dem Fazit, dass kognitive Variablen weder als Ursache noch als prädisponierende Aspekte in Frage kommen, sondern eher als depressionsbegleitende Symptome zu verstehen sind. In der Metaanalyse von Robin (1988) fanden sich in wenigen exakten Studien jedoch Relationen zwischen Depression und stabiler sowie globaler Attribution (zusammenfassend bei Petermann, 1992).

Abramson, Metalsky & Alloy (1989) haben versucht, durch die Formulierung einer Theorie der „Hoffnungslosigkeitsdepression“ die Theorie der erlernten Hilflosigkeit zu erweitern und der Kritik an der Verallgemeinerung von Depression zu begegnen. Dabei gehen sie von einer Vielzahl von Ursachenfaktoren bei der Entstehung der Depression aus. Dazu zählen notwendige, hinreichende, zusätzliche, distale und proximale Ursachen. Das entspricht dem Diathese-Stress-Modell der Entstehung der Depression.



In: Seligman, M. E.P. (1992). *Erlernte Hilflosigkeit*. S.228 (modifiziert).

**Abbildung 8: Kausalmmodell der Hoffnungslosigkeits-Depression nach Abramson.**

In dieser Theorie steht kein unkontrollierbares Ereignis mehr im Vordergrund. Beim Vorliegen des depressogenen Attributionsstils, also negative Ereignisse stabil und global zu erklären, werden Menschen depressiv. Weiterhin spielt die Wichtigkeit des negativen Ereignisses eine bedeutsame Rolle.

Angesichts eines negativen Ereignisses werden dem Selbst negative Merkmale zugeschrieben und negative Konsequenzen erwartet. Die Theorien zur erlernten Hilflosigkeit schaffen Querverbindungen beispielsweise zur sozialen (kognitiven) Lerntheorie von Bandu-

ra (1977, 1986), zu Konzepten der Leistungsmotivations- und Anspruchsniveauforschung (Keller, 1996), zum Konzept der Handlungskontrolle von Kuhl (1983, 1998; Kuhl & Atkinson, 1986) und dem Konzept der Ich-Bedrohung von Frankel & Snyder (Snyder et al., 1981).

Snyder et al. nehmen an, dass die Erwartung einer Unkontrollierbarkeit schon eine Bedrohung des Ichs darstellt und jedes Individuum alles tut, diese Bedrohung abzuwenden, um seinen Selbstwert zu erhalten. Analog zur Anspruchsniveauforschung setzen sich daher Misserfolgsmotivierte leichte und schwere Aufgaben, Erfolgsmotivierte entscheiden sich dagegen für mittelschwere Aufgaben, die als lösbar angesehen werden. Das könnte das Phänomen der Nichtanstrengung erklären. Dabei bleibt die Illusion, es bei genügend Engagement hätte schaffen können, eine negative Attribution auf die eigenen Fähigkeiten entfällt (Weiner, 1986; Keller, 1996).

Kuhl geht auf der Grundlage seiner Theorie der Handlungskontrolle davon aus, dass Misserfolg unter bestimmten Bedingungen – neben der Annahme der Unkontrollierbarkeit – handlungsirrelevante lageorientierte Gedanken hervorruft, die wiederum ein Motivationsdefizit verursachen. Im Gegensatz zu den bisher genannten Theorien misst Kuhl allerdings Attributionsprozessen „keine besondere verhaltenssteuernde Bedeutung“ bei, Ursachenzuschreibungen seien eher „eine Form der handlungsirrelevanten, lageorientierten gedanklichen Aktivität“ (Stiensmeier-Pelster, 1994, S.194). Die Reformulierung dieses Modells wird auch im Zusammenhang mit der Frage der Existenz einer „Hoffnungslosigkeitsdepression“ diskutiert. Dabei unterscheiden sich die Symptome nicht von anderen depressiven Erkrankungen, die Entstehungsbedingungen scheinen jedoch stärker an negative Attributionsmuster, beispielsweise eine Hoffnungslosigkeitserwartung, gebunden zu sein und spezifische Behandlungsmethoden zu erfordern.

#### II.7.1.4 Die Verstärker-Verlust-Hypothese

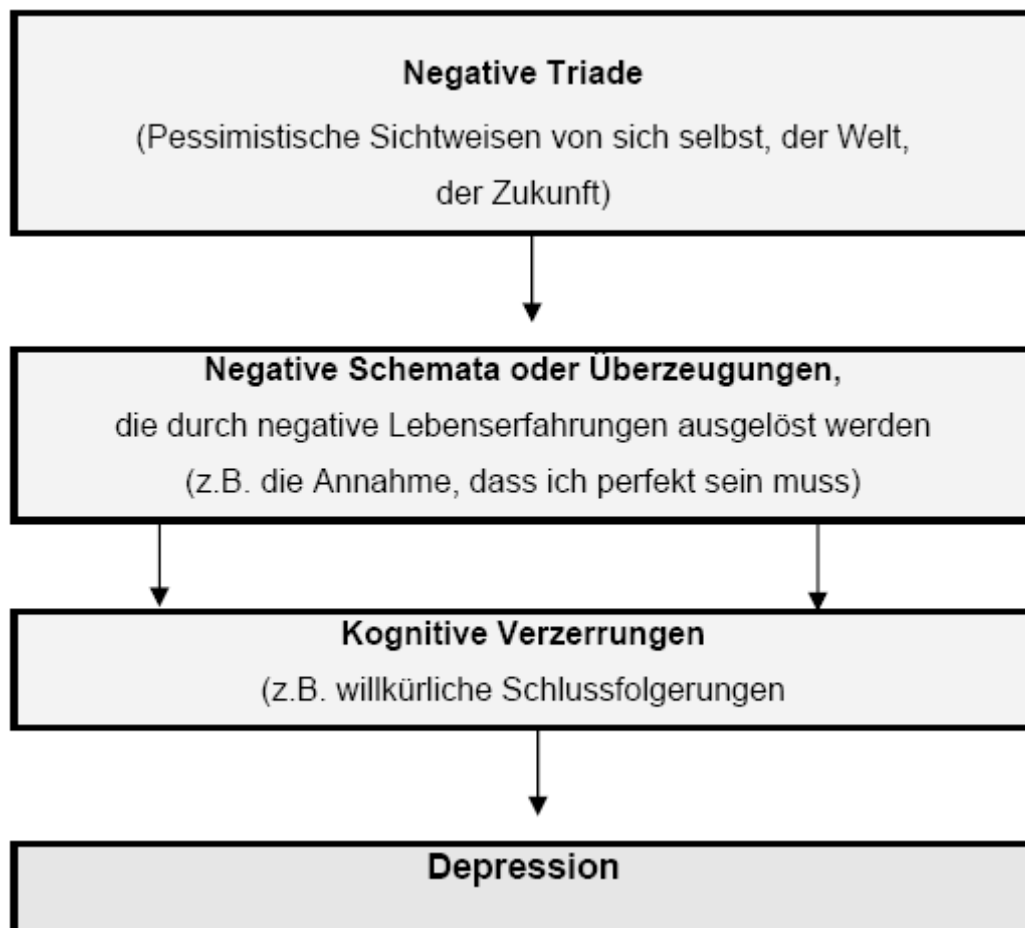
Ein Verstärkerverlust bedeutet verhaltenstherapeutisch eine Lösungsbedingung. Demnach könnten Menschen depressiv werden, wenn sie über eine geringe Rate an positiver Verstärkung verfügen oder sich diese Rate subjektiv verändert. Diese Veränderung könnte sich bei kritischen Lebensereignissen und einem Rollenwechsel vollziehen. Dabei könnte auch die Kompetenz einer Person stärker gefordert sein, ihr Verhalten anzupassen, um trotzdem positive Verstärker zu erhalten.

Das „depressive Verhalten“ kann kurzfristig zu einer erhöhten Zuwendung führen, langfristig werden beispielsweise soziale Beziehungen äußerst belastet und ein erneuter Verstärkerverlust setzt ein. Untersuchungen haben gezeigt, dass depressive Patienten eine geringere Rate an positiver Verstärkung erfahren als nicht-depressive Patienten, wobei einer Verschlechterung der Beziehung zwischen Patienten und Sozialpartnern eine besonders große

Bedeutung zufällt. Nach Hautzinger (1998) lösen Depressive bei Interaktionspartnern Abwehr, Vermeidung und Ablehnung aus und werden durch vorwurfsvolle, negative und feindselige Interaktionsmuster weiter negativ verstärkt.

### II.7.1.5 Das kognitive Modell nach Beck

Beck (1992) favorisiert eine kognitionspsychologische Erklärung der Depression, der eine kognitive Störung zugrunde liegt. Die Wahrnehmungen, Denkprozesse und kognitiven Schemata depressiver Patienten erscheinen willkürlich, selektiv, negativ verzerrt und daher fehlerhaft. Sie neigen dazu, eine negative Sicht auf die eigene Person, die Umwelt und ihre Zukunft zu generieren und diese Wahrnehmungen nicht mehr an der Realität zu überprüfen. (siehe Abbildung 9).



Darstellung der Beziehungen zwischen den verschiedenen Formen der Kognitionen (nach Davison & Neale, 1996, S.259).

**Abbildung 9: Becks kognitive Theorie der Depression.**

Nach Beck werden diese Denkfehler, automatisierten negativen Gedanken und die daraus folgenden Gefühle von Hilflosigkeit und Versagen durch kritische Lebensereignisse und Belastungen aktiviert. Weitere Stressoren stellen Belastungen in Zeiträumen ohne angemessene

ne Erholung dar (Schmidt-Traub & Lex, 2005). Papageorgiou & Wells (2003) kamen in ihrer Untersuchung zu „Gedankenrumination und Depression“ zu dem Schluss, dass zwanghaftes Grübeln und negatives Denken Metakognitionen darstellen, die als „Lösungsstrategien“ zur vermeintlichen Verringerung der Depression gewählt werden und nur bei depressiven Patienten beobachtbar waren.

#### II.7.1.6 Die Theorie interpersoneller und familiärer Faktoren

Dieses Modell stellt auf der Grundlage der Bindungstheorie von Bowlby (1969) und zahlreichen Beobachtungen einen Zusammenhang zwischen einem ineffektiven Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten oder einer Trennung und dem Auftreten depressiver Episoden her. Demnach entsteht eine depressive Episode in einem psychosozialen Kontext, auch wenn es komplexe Ursachen gibt (Schramm, 2000). Zudem haben enge Bezugspersonen stets einen Einfluss auf die Entwicklung und sind von einer Depression mitbetroffen. Weiterhin gilt als gesichert, dass unsichere Bindungserfahrungen in der Kindheit die Entwicklung von Depressionen begünstigen (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2001; Giger-Bütler, 2003).

#### II.7.1.7 Die Konsistenztheorie von Grawe

Nach Grawe (1998, 2004) bezeichnet Konsistenz „...ein Grundprinzip des psychischen Funktionierens. Sie ist eine Anforderung oder Bedingung für ein gutes psychisches Funktionieren und damit auch eine Bedingung für eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse. Wenn diese Bedingung schwer verletzt wird, hat das weitreichende Folgen für das Wohlergehen des betreffenden Menschen“ (S.186). Bisher ist den Konsequenzen parallel ablaufender innerpsychischer Prozesse nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden. Die Konsistenztheorie stellt eine Verbindung zu Modellen her, die sich mit der Konflikthaftigkeit und Dissonanz psychischer Prozesse befassen. Die Grundannahme dieser Theorie beruht auf dem Vorhandensein motivationaler Schemata, die Mittel darstellen, „...die das Individuum im Laufe seines Lebens entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und sie vor Verletzung zu schützen“ (S.188). Grawe unterscheidet Annäherungs- und Vermeidungsziele, denen verschiedene motivationale Auswirkungen zugeschrieben werden.

Ein entsprechendes Untersuchungsinstrument stellt der quantitative Fragebogen FAMOS (Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata) dar, der in dieser Untersuchung an depressiven Patienten und ihren Partnern eingesetzt wird.

### II.7.2 Biologische Theorien

In den letzten Jahren wurde in Anlehnung an den umstrittenen „Typ A“ in der Biopsychologie ein „Typ C“ beschrieben. Typ C wird auch als „Krebstyp“ („Cancer“) oder „Corti-

soltyp“ (Temoshok, 1993; Roy, Steptoe & Kirschbaum, 1998; Wagner-Link, 2001) bezeichnet. Über die Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse wird die Ausschüttung von Adrenalin frühzeitig gehemmt. Die Hemmung erfolgt durch das Freisetzen großer Mengen der Corticotropin-Releasing-Hormone. Derzeit wird die Auswirkung dieser Prozesse auf die Entstehung von Depression und Allergien diskutiert (Grawe, 2004). Sullivan, Neale & Kendler (2000) konnten zeigen, dass bei der unipolaren Depression eine zum Teil genetisch vorgegebene Vulnerabilität vorliegt, die sich im Zusammenhang mit verschiedenen veränderten Bedingungen auf das Auftreten und den Verlauf auswirkt. Bei depressiven Patienten findet sich zudem ein gestörter Transmitterstoffwechsel, dessen Wirkrichtung nicht geklärt ist. Möglicherweise trägt die biologische Vulnerabilität zu einem Serotoninmangel bei.

### II.7.3 Integrative Ansätze

Diese Modelle stellen mehrfaktorielle Erklärungsansätze dar, in die empirisch abgesicherte Erkenntnisse zur Depressionsgenese einfließen. Die Verbindungen und Rückkoppelungen zwischen den Modellfaktoren machen plausibel, warum bei ähnlich scheinenden Bedingungen einige Menschen erkranken, andere nicht. Weiterhin erlauben sie ein gutes Verständnis der Therapiemöglichkeiten und –notwendigkeiten. Sie entsprechen einem *bio-psycho-sozialen Modell* der Entstehungsbedingungen und erlauben die Integration verschiedener therapeutischer Ansätze. Das Diathese-Stress-Modell versucht ebenfalls zu erklären, warum unter ähnlichen Bedingungen manche Menschen erkranken, andere nicht und welche Komponenten therapeutisch beeinflussbar sind, um Rückfälle zu vermeiden. Für die Psychoedukation bei Depressionen und die Motivationsbehandlung findet dieses Modell breite Anwendung.

### II.7.4 Zusammenfassung

Der ursprünglich für die Depression verwendete Begriff der „Melancholie“ wurde schon von Hippokrates im 4. Jahrhundert vor Christus geprägt und bedeutet „schwarze Galle“. Damit sollte der Grundannahme eines Ungleichgewichtes der Körpersäfte als auslösende Bedingung Ausdruck verliehen werden. Auch heute werden Ungleichgewichte, beispielsweise im Gehirn, als ätiologische Hypothese diskutiert. Zweifelsfrei sind biochemische Prozesse an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression beteiligt. Diese Frage berührt das Problem der „endogen“ versus „psychogen“ verursachten Depressionen. Alle Theorien und Vorstellungen über die Ursachen und Auslöser sind wichtig und nutzbringend. Oftmals schließen sie einander nicht aus, sondern stellen Erweiterungen und Summationen der auslösenden Faktoren dar. Für die Behandlung kann das bedeuten, sich zusammen mit dem

Patienten auf die Suche nach möglichen Ursachenzuschreibungen zu begeben, ohne ihm seine eigene Sicht und seine Erfahrungen abzusprechen.

## II.8 Subjektive Krankheitstheorien

Krankheitstheorien haben eine lange Tradition in der Medizingeschichte und wurden von der Philosophie maßgeblich beeinflusst. Der Stand der Wissenschaft sowie das vorherrschende Menschenbild haben sich wechselseitig beeinflusst und die Forschungsbemühungen geprägt. Das psychiatrische Krankheitsverständnis wirkt sich ebenfalls auf die Sicht der Betroffenen sowie das Bild von psychisch erkrankten Menschen in der Bevölkerung aus und umgekehrt. Nach Faltermaier (2003) stellen subjektive Theorien die subjektive Wirklichkeit aus der Sicht des Betroffenen dar und können somit nicht als richtig oder falsch bewertet werden. Im besten Fall können professionelle und subjektive Theorien in einem konstruktiven Dialog münden. Subjektive Theorien werden vor allem im Rahmen der Sozial- und Gesundheitspsychologie stärker beachtet. Nach Hornung & Gutscher (1994) interessieren hier insbesondere „die Prozesse innerhalb des Individualsystems sowie die Wirkungsbeziehungen zu anderen Individualsystemen oder zu Mikrosystemen...“ (S.65). Ein sehr einflussreiches Konzept stellt hier das *Common Sense Model of Illness Representation* (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Brisette et al., 2003) dar, das fünf Dimensionen der subjektiven Krankheitstheorien von Patienten beschreibt: Kausalattributionen, Identität (Label oder Diagnose), Erwartungen zu Dauer und Konsequenzen der Erkrankung, Kontrollüberzeugungen und Genesungserwartungen. Als „Krankheitstheorien“ werden nach Flick (1998) sowohl einzelne Erklärungsmuster bezeichnet, die der Erkrankte für seine Krankheit entwickelt und von denen er auch mehrere verwenden und berichten kann.

Dazu gehören auch solche Vorstellungen, die er beispielsweise in Bezug auf seine Vorstellungen von Verlauf, Behandlung, sein Arzt- und Therapeutenbild, seiner Einstellung zu den Institutionen und zur Medikamentenwirksamkeit entwickelt. Bei den subjektiven Theorien werden auch soziale Vergleichsprozesse angenommen, da zur Reduzierung der Unsicherheit aufgrund körperlicher Beschwerden in 50-90 % die Betroffenen nicht das medizinische System in Anspruch nehmen, sondern andere „Laien“ um Rat fragen (Faltermaier, 1991).

### II.8.1 Begriffsbestimmung

Die individuellen Vorstellungen der Patienten über ihre Erkrankung, deren Ursachen und Behandlung wurden auch als „Laientheorien“ (Pflanz, 1958) bezeichnet, später setzte sich der Begriff „Krankheitskonzepte“ oder „subjektive Krankheitstheorien“ durch (Scheer & Möller, 1976; Ahrens & Elsner, 1981; Linden, 1985).

Linden (1985) unterteilt weiter in Krankheitskonzepte von Ärzten und Patienten. Während ärztliche Krankheitskonzepte typischerweise medizinisch-wissenschaftlich ausgerichtet sind und durch Behandlungserfahrung und Forschung modifiziert werden, haben Patienten eigene Krankheitsvorstellungen, nach denen sie Ursachen zuschreiben, Therapien ableiten und sich verhalten. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich schon in der Phase der Wahrnehmung von Symptomen Krankheitstheorien entwickeln. Nach Plaum (1968) liegt dem eine typische Einstellung zugrunde..., die sich im Laufe der Anamnese aus der Wechselwirkung zwischen den Beschwerden, dem Individuum, das mit ihnen konfrontiert ist, und vielfältigen Umwelteinflüssen herausgebildet hat. Vor allem negative oder unerwartete Ereignisse drängen Menschen dazu, Erklärungen oder mögliche Ursachen für dafür zu finden.

### II.8.2 Funktionalität

Schon von Mering (1962) sah den Erkrankten als einen „nach allen Richtungen Suchenden“ (S.89), der versucht, sich seine Krankheit zu erklären und ein „Krankheitskonzept“ zu erstellen. Die Einordnung der Erkrankung in den Lebensprozess erscheint dabei ebenso wichtig wie die eigene Erklärung der Symptome. Dabei wird ein starkes Interesse des Patienten an der Benennung seiner Erkrankung beschrieben (Balint, 1984). Funke (1989) beobachtete, dass sich die Patienten über kaum etwas so viele Gedanken machen wie über ihre Krankheit. Funke (1989) sieht das enorme Interesse der Patienten an diagnostischen Informationen als Versuche der Patienten, ihre Beschwerden und deren Ursachen zu verstehen. Zenz und Bischoff (1989) postulieren, dass jeder Patient Theorien über seine Erkrankung entwickelt. Demnach beruhigen Krankheitstheorien den Patienten, indem sie ihm Handlungsmöglichkeiten erschließen und ihm helfen, die wahrgenommene Bedrohung zu verarbeiten. Einschränkung soll darauf hingewiesen werden, dass diese Annahmen auf Untersuchungen von Störungen beruhen, die der Achse I des DSM-IV entsprechen. Persönlichkeitsstörungen der Achse II des DSM-IV unterliegen anderen inneren Repräsentationen und müssen daher aus dieser Betrachtung ausgeklammert werden. Nach Flick (1998) haben subjektive Theorien andere Funktionen als wissenschaftliche Krankheitsvorstellungen. Subjektive Theorien lassen sich demnach folgendermaßen umreißen (S.14): Subjektive Theorien

- dienen der Situationsdefinition, ermöglichen eine rasche Lagekodierung und vermitteln Orientierungsgewissheit,
- ermöglichen eine *nachträgliche Erklärung eingetretener Ereignisse*, zum Teil mit Rechtfertigungscharakter,
- ermöglichen die Vorhersage künftiger Ereignisse,
- erleichtern die Entwicklung von *Handlungsempfehlungen*,
- haben zumindest in gewissem Umfang handlungssteuernde bzw. –leitende Funktion,



- dienen der Stabilisierung bzw. Optimierung des Selbstwerts.

Nach Bischoff & Zenz (1989) dienen subjektive Krankheitstheorien auch der Bewältigung von Emotionen, die durch die Erkrankung hervorgerufen werden, während Verres (1989) subjektiven Krankheitstheorien die Funktion einer „momentanen Emotionsabwehr“ (S.18) zuschreibt, die methodische Probleme bei der Rekonstruktion der subjektiven Krankheitstheorie erklären könnte. Für Verres (1998) erscheint es –im Gegensatz zu anderen Autoren- nicht sinnvoll, subjektive Krankheitstheorien als handlungsleitend anzusehen, da sie „...gleichermaßen zur Handlungsrechtfertigung benutzt...“ (S.303) würden und sich daher kaum beeinflussen ließen.

### II.8.3 Klassifikationen von Krankheitskonzepten

Plaum identifizierte schon 1968 bei seiner Untersuchung an einer Stichprobe psychosomatischer Patienten drei „Einstellungstypen“:

*Typ I: Der „psychisch organisierende Typ“*, bei dem „persönlichkeitsbedingte Merkmale“ und „schädliche soziale Einflüsse“ zusammenfließen.

*Typ II: Der „körperlich organisierende Typ“*. Hier werden die Krankheitskonzepte „allgemeine biologische Disposition“ und „versteckte organische Krankheit“ gewählt.

*Typ III: Der „schwer zu beurteilende Typ“*, der keinem systematischen Konzept zuzuordnen ist. Dieser sehr vereinfachten Typenbildung liegt eine kleine Stichprobe von nur 30 Patienten zugrunde.

Dennoch ist es ein früher Versuch, sich der Problematik der Repräsentation von Krankheitskonzepten bei Patienten anzunähern. Jacob, Eirmbter & Hahn (1999) fanden zwei klar unterscheidbare laientheoretische Krankheitskonzepte in ihrer repräsentativen Untersuchung an 2021 westdeutschen und 1117 ostdeutschen Einwohnern. Eine Position wird als wissenschaftsnah und mit der Schulmedizin zufrieden, der andere Pol als deutlich abweichend vom medizinischen Fachwissen darstellt. Hier finden sich vor allem moralisch begründete Ursachenattributionen. Ein sehr ausgeprägtes Bedürfnis nach Sinngebung und umfassender Lebenshilfe in Krisensituationen wurde von 70% der Befragten als wichtig bzw. sehr wichtig eingestuft. Die volksmedizinische Sichtweise auf Erkrankungen mit einer Orientierung an christlichen moralischen Werten und externalen Kontrollüberzeugungen findet sich häufiger bei älteren, formal weniger gebildeten Personen und eher bei Frauen als bei Männern. In dieser Gruppe rangieren natürliche Heilmethoden und das Beten vor dem Verordnen von Pharmazeutika oder dem Einsatz technischer Geräte.

### **II.8.4 Modelle der Krankheitsverursachung**

Von Mering (1962) klassifiziert sieben Modelle der Ursachenzuschreibung einer Erkrankung. Dabei stellt er fest, dass die Zuordnung, die Patienten zu einem oder mehreren Modellen treffen, sehr stark von ihren Erfahrungen mit der Behandlung und seinen Erwartungen hinsichtlich der Therapieformen bestimmt ist.

Folgende *Modelle* wurden klassifiziert:

1. Das empirische, somatogene Modell
2. Das intrapsychische / psychosomatische Modell
3. Das humorale Modell
4. Das stoische Modell
5. Das moralisch-magische Modell
6. Das soziale Umwelt-Modell
7. Das okkult-esoterisch-mystische Modell

In einer Untersuchung über „Krankheitskonzepte psychotherapeutischer Patienten“ diskriminierten Scheer & Möller (1976) sechs Personengruppen, die sich auf gegensätzlichen Polen eines Krankheitskonzeptes befinden. Diesen Krankheitskonzepten konnten sie später entsprechende Behandlungserwartungen zuordnen:

1. stressbezogenes versus psychologisches Krankheitskonzept
2. körperbezogenes versus identitätsbezogenes Krankheitskonzept
3. partnerbezogenes versus asthenisches Krankheitskonzept

### **II.8.5 Ausgewählte Forschungsergebnisse**

Buchholtz (1998) fand in ihrer vergleichenden Untersuchung subjektiver Krankheitskonzepte von Angehörigen mit wissenschaftlichen Theorien, dass überwiegend multifaktorielle Ätiologiekonzepte gewählt wurden, die Verursachung der psychischen Erkrankung einem Zusammenspiel von genetischen, psychischen und sozialen Faktoren zugeschrieben wurde. Vor allem wurden (psycho)soziale Faktoren als geeignet betrachtet, den psychischen Zustand des Betroffenen zu verbessern. Im Gegensatz zu medizinischen und medikamentösen Interventionen wurden psychologische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen favorisiert. Im Zustand der akuten psychotischen Erkrankung sprechen die Angehörigen dem Patienten eine eigene Verantwortlichkeit ab, während in Phasen der Verbesserung die Angehörigen seine Handlungen als von ihm gewollt und verantwortbar antizipieren. Auffällige Verhaltensweisen wurden als Symptome der psychischen Erkrankung interpretiert. Als einschränkend müssen die geringe Stichprobengröße sowie gemischte psychische Erkrankungen (Psycho-

se, Zwang, Angst) in der Interpretation beachtet werden. Die Forschungsperspektive sollte daher darin bestehen, „einen Vergleich zwischen subjektiven Theorien und wissenschaftlichen Ansätzen vorzunehmen, die auf eine bestimmte psychische Krankheit bezogen sind“ (S. 256). Faller, Goßler & Lang (1998) fanden in ihrer Untersuchung zu Gesundheitsvorstellungen von Psychotherapiepatienten für fünf diagnostische Störungsgruppen (Depression, Angststörung, somatoforme Störung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung) spezifische Therapieziele. Ein häufiges Ziel depressiver Patienten besteht darin, depressive Beschwerden zu minimieren sowie die familiäre Situation und die Partnerbeziehung zu verbessern. Dem gegenüber finden sich die positiv formulierten wachstumsorientierten Ziele bei allen Störungsgruppen (siehe auch Methodik: Kategoriensystem). Angermeyer (1991) fand in seiner Untersuchung an 198 Patienten mit funktionellen Psychosen, dass sie Faktoren, die sich unter dem allgemeinen Begriff „Stress“ zusammenfassen lassen, eindeutig bevorzugen (psychosoziale Belastungen). Persönlichkeitsfaktoren und familiäre Probleme werden genannt, dagegen biologische Faktoren von weniger als 10% der Patienten als wahrscheinliche Krankheitsursache genannt. Nach Angermeyer werden von den Patienten –entgegen der psychiatrischen Lehrmeinung– verschiedene soziale Faktoren kombiniert und biologische Faktoren ausgespart.

Bei 84 befragten Angehörigen ergab sich die gleiche Rangfolge (1. psychosozialer Faktor; 2. Persönlichkeit; 3. Elternhaus; 4. Biologische Faktoren; 5. Esoterische Faktoren). Für die Erhebung wurden ein offenes Interview sowie ein Fragebogen verwendet, die übereinstimmende Ergebnisse erzielten.

Die Autoren vermuten, dass eine psychosoziale Erklärung der Abwendung einer „gesellschaftlichen Stigmatisierung“ dienen könnte.

### **II.8.6 Zusammenfassung**

Verres (1986, 1989) weist darauf hin, dass der persönlichen Wichtigkeit von Sachverhalten bei der Entwicklung von subjektiven (Krankheits-) Theorien in der Forschung zu wenig Bedeutung beigemessen wird. Er nimmt weiterhin an, dass bei der Entstehung von Krankheitskonzepten eine kognitive Auseinandersetzung mit aktuellen Informationen über Krankheit und Gesundheit und persönlichem Vorwissen und Erfahrungen stattfindet, im Sinne von Akkomodation und Assimilation bei Piaget. Hier finden sich starke Bezüge zur Theorie des Selbstkonzeptes. Nach Flick (1998) greift die ausschließliche kognitive Erfassung von subjektiven Krankheitstheorien zu kurz. Gerade bei den subjektiven Krankheitstheorien müssten die emotionalen Anteile, eingeflossene Erfahrungen, Befürchtungen und Ängste eine größere Beachtung finden. Nach Zenz, Bischoff, Duvenhorst & Keller (1989) sind Krankheitstheorien Ausdruck eines Attributionsmotivs und mit den Behandlungserwartungen korreliert. Attri-

butionen ergeben sich aus dem Kontrollmotiv und eröffnen dem Patienten Handlungsmöglichkeiten. Demnach muss die Diagnose des Arztes oder Therapeuten mit der Laintheorie konkurrenzfähig sein, indem sie dem Patienten Kontrollmöglichkeiten eröffnen müsste, die die Effizienz der eigenen Überlegungen des Patienten übersteigen sollte. In Bezug auf subjektive Theorien direkt Betroffener und Gesunder zeigen sich Unterschiede. Nach Faltermajer (2003) haben subjektive Theorien für Betroffene andere Funktionen und dienen möglicherweise der Entlastung, Verleugnung, Optimismus oder einer Sinngebung.

Psychosoziale und psychosomatische Ursachen dominieren in Untersuchungen bei Krebs und Herzinfarkt die Krankheitstheorien von Laien. Schicksalhafte Ursachenzuschreibungen sind dagegen bei gesunden Personen sehr selten, der inneren Einstellung und einer Veränderung der Lebensweise werden der wesentliche Einfluss auf die Krankheitsbewältigung zugeschrieben. Frauen scheinen bei beiden Krankheitsbildern familiäre und seelische Probleme stärker zu betonen. Krankheitskonzepte von Patienten sind immer stark mit den daraus folgenden Konsequenzen, den positiven und negativen Verstärkungsbedingungen, verbunden. Zenz, Bischoff et al. (1989) stellen dazu fest, dass nicht nur Symptome, sondern auch Diagnosen bedrohlich wirken können, „weil sie die Verantwortlichkeit des Patienten für die Krankheitsgenese impliziert“ (S.150). Allerdings ist offen geblieben, ob und in welcher Weise sich Krankheitskonzepte im Arztkontakt modifizieren lassen.

Zenz und Mitarbeiter fanden, dass ein empathisches Verhalten des Arztes vor allem das Äußern psychosozialer Laintheorien und dementsprechender Behandlungserwartungen befördert. Faltermajer (2003) stellt fest, dass subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit als „ein Zugang zu den Kompetenzen und Ressourcen verstanden werden...“ können (S. 76). Dabei sollten nicht nur individuelle subjektive Theorien rekonstruiert, sondern auch beachtet werden, in welcher Weise diese Theorien von Bezugspersonen unterstützt werden.

### II.9 Compliance

Der Begriff „Compliance“ stellt in Medizin und medizinischen Psychologie eine Bezeichnung für die „Befolgung ärztlicher Verordnungen, Ratschläge und Maßnahmen“ (Dorsch, 1987, S.120) dar. Während noch in den 1980er Jahren von den Patienten Gehorsam im Befolgen ärztlicher und therapeutischer Maßnahmen erwartet und vorausgesetzt wurde, wächst heute das Bemühen um Transparenz und ein „Aushandeln der Therapie“. Dem zugrunde soll ein verändertes Rollenverständnis der Beziehung zwischen Behandler und Patient liegen. Nach Petermann (2003) ist Compliance „...nach heutigem Verständnis...keine stabile Persönlichkeitseigenschaft des Patienten, sondern ein komplexes, dynamisches und situationsabhän-

giges Phänomen, das sehr unterschiedliche Formen annehmen oder sich über den Behandlungsverlauf drastisch ändern kann“ (S. 695).

### II.9.1 Entwicklungsphasen des Patienten

Das Modell von Suchmann (1965) besitzt auch heute noch in seinen wesentlichen Ansätzen Gültigkeit und soll daher hier angeführt werden. Demnach durchlaufen Er-krankte verschiedene Entwicklungsphasen:

1. Die Phase der Symptomerfahrung, in der entschieden wird, dass es etwas gibt, das vom bisherigen Zustand abweicht.
2. Die Annahme der „Rolle des Kranken“, in der die Entscheidung getroffen wird, dass eine Krankheit vorliegt und professionelle Hilfe gesucht werden muss.
3. Der Erstkontakt mit dem medizinischen Versorgungssystem.
4. Die Phase des „abhängigen Patienten“. Damit ist gemeint, dass der Patient die Entscheidung trifft, die Kontrolle in fachkompetente Hände zu legen, die Therapie zu akzeptieren und einzuhalten.
5. Die Besserungs- und Rehabilitationsphase.

Aus heutiger Sicht wird vor allem die „Phase des abhängigen Patienten“ diskutiert. Welche Auswirkungen haben verschiedene Sichtweisen – „Laien- versus Expertenmeinung“- auf die Compliance und damit auf den zukünftigen Therapieerfolg?

Zenz und Bischoff (1989) bemerken dazu kritisch: „Klaffen die Vorstellungen von Arzt und Patient auseinander und verständigen sich die beiden nicht darüber, so wird die Therapie erschwert: Der Patient ist zunehmend mit dem Therapeuten unzufrieden, seine Bereitschaft zur Kooperation schwindet.“ Die Compliance kann sich in verschiedenen Phasen einer Erkrankung verändern und stellt kein überdauerndes Merkmal dar. Aus dieser Beobachtung wird in dieser Arbeit abgeleitet, dass auch die Übereinstimmung zwischen Patient und Partner in den Bewältigungsmöglichkeiten und den Ursachenzuschreibungen Auswirkungen auf die Behandlungsbereitschaft haben.

### II.9.2 Die Rolle des Patienten

Eine Differenzierung der „Patientenrolle“ schlägt Beckmann (1976) auf der Grundlage von Untersuchungen an Patienten mit somatischen und psychiatrischen Erkrankungen vor und bezeichnet sie als „typische Patientenrollen“.

1. *Die Rolle des ängstlich Abhängigen:* Diese Menschen würden sich einsam, isoliert, depressiv verstimmt fühlen und sich für seelisch krank halten. Daher kämen sie dem Behandler mit einer besonderen Hilfsbedürftigkeit entgegen.

2. *Die Rolle des Organkranken:* Diese Menschen haben die Überzeugung, an einer genau definierten körperlichen Erkrankung zu leiden. Sie erwarten, dass sich die Behandlung auf diese Beschwerden konzentriert.

3. *Die Rolle des Unmündigen:* Hier liegt die Betonung des Patienten auf seiner „sozialen Minderwertigkeit“. Der Patient erhofft sich eine Ordnung seiner Lebensumstände durch die Autorität und Aktivität des Behandlers.

4. *Die Rolle des Übergesunden:* Diese große Gruppe objektiv körperlich erkrankter Menschen verleugnen ihre Krankheit. Sie wüssten insgeheim um ihre Erkrankung, ihre depressive Erwartung wird durch eine hypomanische Selbstüberschätzung und Überaktivität abgewehrt.

5. *Die Rolle des Arztmeidenden:* Diese Menschen kommen erst sehr spät oder nie in die ärztliche Versorgung. Ihre Erwartungen sind durch tiefes Misstrauen, Ablehnung und Vermeidung gekennzeichnet, auch passive Resignation wird beobachtet.

Die stärkere Berücksichtigung der Meinung der Patienten entspricht der generellen Tendenz in der Psychiatrie, Patienten zunehmend als kompetente Partner in der Therapie zu betrachten, „auch wenn die Beziehung zwischen professionellen Helfern und Patienten eine asymmetrische bleibt“ (Priebe, 1992, S. 143).

Priebe (1992) fand in seiner Untersuchung an Patienten verschiedener psychiatrischer Gruppen für depressive Patienten eine gute prädiktive Aussage bezüglich des Therapieergebnisses auf der Grundlage der initialen Therapiebewertung der psychiatrischen Therapie und ihrer Effekte. Allerdings zeigte sich auch ein deutlicher Zusammenhang zwischen mehrmaligen stationären Aufenthalten und einer initial negativen Therapiebewertung.

### **II.9.3 Einflüsse auf die Compliance**

Die Compliance-Forschung hat sich –meist im Zusammenhang mit chronisch kranken Patienten– mit den Einflüssen auf die Compliance beschäftigt und unterscheidet mindestens sechs Faktoren (nach Petermann, 2003), die für die psychotherapeutische Beziehung ebenfalls zutreffend sind und daher kurz dargestellt werden:

1. Merkmale der Erkrankung (u.a. Verlaufsform, Prognose, Heilbarkeit, Symptomverbesserung, stigmatisierende Symptomatik);

2. Merkmale der Behandlung/Therapie (u.a. Belastungs- und Risikograd, hoher Behandlungsaufwand, Anforderungen des Behandlungsplans);
3. Bedingungen des Behandlungssettings (u.a. Arzt-/Therapeutenwechsel, lange Wartezeiten bei Behandlungsbeginn oder Terminen, Zeitdruck während der Behandlung);
4. Arzt-/Therapeut-Patient-Beziehung (hier hemmend: unverständliche Erklärungen, Bevormundung, Ungeduld; unzureichende Betreuung; gestörtes Vertrauensverhältnis; Unbeholfenheit, Unsicherheit des Behandlers; unzureichende Kompetenzübertragung auf den Patienten; rigide Einstellungen des Patienten);
5. Merkmale des Patienten (u.a. rigide Einstellungen des Patienten, negative Vorerfahrungen, Fertigungsdefizite, ungünstige Krankheitskonzepte, irrationale Behandlungsängste, Bequemlichkeit);
6. Einflüsse des sozialen Umfeldes (u.a. mangelnde soziale Unterstützung, finanzielle Probleme).

#### II.9.4 Zusammenfassung

Petermann et al. (2003) weisen auf die herausragende Bedeutung eines „Konsensus zwischen dem Experten und dem Patienten“ (S. 705) bei der Aushandlung von Therapiezielen und –erwartungen hin, selbst wenn dabei Abstriche gegenüber einer optimalen Behandlung gemacht werden müssen. Nach Petermann & Mühlig (1998) sollten zur Verbesserung der Compliance die Behandlungsziele den Erwartungen und Fähigkeiten des Patienten entsprechen.

Sie sollten *für ihn* akzeptabel, erstrebenswert und erreichbar sein sowie ihn aktiv einbeziehen. Für die Generierung von Zielen sind wiederum die persönlichen Werte, wie z.B. Macht, Sicherheit oder Leistung, von entscheidender Bedeutung (Renner & Weber, 2003). Werte sollen in diesem Zusammenhang als zentraler Bestandteil des Selbstkonzeptes und „kognitive Repräsentationen von Bedürfnissen“ (S.17) verstanden werden und bestimmen damit die Annahme oder Ablehnung von Zielen. Gemeinsam mit der Erwartung, diese Ziele auch erreichen zu können (auch Carver & Scheier, 2001: Dispositionaler Optimismus), wird eine entsprechende Motivation ausgebildet und die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung erhöht. Die Betrachtung der Annäherungs- und Vermeidungsziele der Patienten und ihrer Angehörigen wird daher in diese Untersuchung einbezogen.

#### II.10 Partnerschaft und Depression

Diese Untersuchung soll die Partner in die Betrachtung einbeziehen und den Patienten gegenüber stellen. Daher erscheint es wichtig, die Partnerschaftskonstellationen näher zu be-

trachten. Hammen et al. (1991) beschreiben eine große Wahrscheinlichkeit, dass depressive Patienten Partner mit psychiatrischen Auffälligkeiten „auswählen“, wobei diese Störungen kaum als Reaktion auf die Erkrankung des Partners zu werten sind. Allerdings ist es bei einigen Störungen wahrscheinlich, dass sich als Reaktion auf die schwierige Familiensituation und familiäre Konflikte psychische Erkrankungen entwickeln. Nach Rutter & Quinton (1984) tendieren viele depressiv erkrankte Frauen dazu, in Beziehung zu Männern mit Persönlichkeitsstörungen zu stehen, während erkrankte Männer eher Beziehungen zu Frauen mit affektiven Störungen haben. Sie fanden bei 25% der Ehemänner erkrankter Frauen ebenfalls psychische Auffälligkeiten, 41% der Frauen erkrankter Männer hatten eine krankheitswertige Störung.

Marneros (2004) schlägt vor, Attributionen von Angehörigen bezüglich der Krankheitsverursachung sowie verschiedene Familienrollen in Untersuchungen zum Kommunikationsstil (siehe Expressed Emotions) einzubeziehen (S. 462ff.).

Kritisch wird angemerkt, dass viele Studien zur Psychopathologie der Angehörigen, vor allem bei psychosomatischen Patienten, vorliegen, jedoch kaum Untersuchungen zu den belastenden Erfahrungen und dem Ausmaß der Beanspruchung der Angehörigen existieren (vgl. auch Methorst, 1994; Bischof, 2005). Eine Reihe von Untersuchungen mit verschiedenen Designs stellen die Frage, ob eine Depression eine geringe Partnerschaftsqualität befördert oder ob eine geringe Partnerschaftsqualität die Entwicklung einer depressiven Erkrankung bewirkt.

Verschiedene Studien kamen zu dem Ergebnis, dass eine bestehende depressive Erkrankung eine schlechtere Partnerschaftsbeziehung vorhersagt, andere Studien weisen auf eine umgekehrte Wirkrichtung hin, einige Studien schlagen die Einbeziehung von Drittvariablen vor. Whisman (2001) formuliert dazu: „It should be noted, however, that most of the following perspectives allow for bidirectional associations between depression and marital dissatisfaction (and, when relevant, third variables) and only suggest that one factor is most often likely to predate the other“ (S.15).

### **II.10.1 Depression und Interaktion**

Einige Untersuchungen konnten zeigen, dass es eine Beziehung zwischen niedriger Ehequalität und Depression gibt. Demnach erhöhen Eheprobleme die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken (Hautzinger, 1983). Dabei wird die familiäre Atmosphäre bei Depressiven als feindselig und spannungsreich charakterisiert. Beziehungen sind durch das Desinteresse der depressiv Erkrankten, soziale Isolation, finanzielle Schwierigkeiten und emotionale Belastungen, wie Gefühle von Scham und Zukunftsangst stark belastet (Marneros, 2004). Dabei seien die Belastungen für die Angehörigen durch interaktionelle Aspekte



so erheblich, dass Coyne et al. (1985, 1987) zu dem Schluss kommen, dass für 40% der Angehörigen depressiv erkrankter Patienten eine therapeutische Intervention notwendig geworden sei. Die meisten theoretischen Modelle gehen davon aus, dass die Auffälligkeiten depressiver Patienten sich nicht nur in Partnerschaft und Familie, sondern auch im Umgang mit anderen Menschen abbilden. Aus den Beobachtungen des Interaktionsverhaltens wurde eine mangelnde soziale Kompetenz der Betroffenen geschlussfolgert und Therapiebausteine zum Training sozialer Kompetenzen entwickelt (Hautzinger et al., 1989, 1998). Die Untersuchungen zu interaktionellen Auswirkungen kamen zu verschiedenen Ergebnissen (Coyne, 1985). Probanden berichten von mehr negativen Gefühlen nach einem Gespräch mit einem depressiven Patienten als mit einer Kontrollperson. Kritisch ist anzumerken, dass die meisten Studien an subklinischen Gruppen und Studentenpopulationen durchgeführt wurden. Der ungünstige Einfluss negativen Verhaltens auf die Bezugspersonen fand sich nach Marneros (2004) vor allem bei Patienten, die von einer Behandlung nicht profitiert hatten. Die uneinheitlichen Ergebnisse sprechen für differentielle Interaktionsmuster bei depressiven Patienten. Dabei ist es bis heute ungeklärt, welche Elemente im Verhalten Depressiver zu negativen Konsequenzen bei den Sozialpartnern führen. Die Hypothese der übermäßigen Selbstenthüllung, die bei den Interaktionspartnern zu Ablehnung führe, wurde verworfen.

Die Hypothese der interaktionellen Komplementarität von Horowitz & Viktus (1986) scheint nach Segrin & Abramson (1994) viel versprechender zu sein.

Eine weitere Frage ist, was genau unter „depressiven Äußerungen“ zu verstehen ist. Diese Äußerungen lösen beim Interaktionspartner im Allgemeinen eine Mobilisierung des Unterstützungs- und Hilfeverhaltens aus. Neben der Unterstützung und Hilfe scheinen diese Partner jedoch auch Signale der Abweisung an depressive Menschen auszusenden. Diese Beziehung gilt ebenfalls als weitgehend ungeklärt.

Allgemein erscheint die Kommunikation zwischen Depressiven und ihren Partnern weniger flexibel und auf aktuelle Probleme gerichtet als in einer Kontrollgruppe. Weiterhin scheinen Depressive die Kommunikation häufig negativer wahrzunehmen.

Nach Segrin & Abramson (1994) verhalten sich Partner von depressiven Patienten oft komplementär und leiden sehr stark unter den Symptomen der Depression (Hell, 1982; Bischof, 2002, 2005). Die Komplementarität besagt, dass der depressive Patient die negative Position einnimmt, seinen Partner idealisiert und positiver einschätzt als dieser sich selbst. Der Partner verhält sich komplementär, indem er sich selbst eher positiv beurteilt, seinen depressiven Partner hingegen negativer als der es selbst tut. Es ist jedoch noch unklar, inwieweit komplementäres Verhalten spezifisch für die Interaktion mit einem depressiven Patienten ist.

## **II.10.2 Partnerschaftszufriedenheit und Depression**

Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass Depression mit einer schlechteren Beziehungsqualität einhergeht (Methorst, 1994). Es scheint jedoch auch so zu sein, dass es hier verschiedene Subgruppen gibt, für die unterschiedliche Beziehungsbewertungen vorliegen und die von speziellen Therapieverfahren profitieren. In den meisten Studien zeigen sich jedoch Unterschiede im Interaktionsverhalten und der Bewertung der Partnerschaft bei Paaren mit einem depressiv Erkrankten (Bischkopf, Wittmund & Angermeyer, 2002). Zur Untersuchung der Partnerschaftszufriedenheit werden zumeist Fragebögen eingesetzt, deren Korrelationen untereinander als gut und die Ergebnisse als vergleichbar einzuschätzen sind.

In den meisten Studien wurde eine signifikant niedrigere Beziehungszufriedenheit bei depressiv Erkrankten als in der gesunden Kontrollgruppe und Patienten anderer Störungsgruppen gefunden (Methorst, 1994). Gotlib & Whiffen (1989) fanden zwar auch bei depressiven Patienten und ihren Partnern niedrigere Werte in der Partnerschaftszufriedenheit als in der Kontrollgruppe, jedoch unterschieden sich Patienten und Partner in ihrer Einschätzung nicht voneinander. Zu der Hypothese, dass für weibliche Patienten ein engerer Zusammenhang zwischen Depressivität und geringer Partnerschaftszufriedenheit besteht, finden sich unterschiedliche Befunde.

Allgemein wird von einer geringeren Partnerschaftszufriedenheit bei weiblichen Patienten im Vergleich zu männlichen Patienten ausgegangen. Methorst et al. (1994) fanden keinen Zusammenhang zwischen der Geschlechtszugehörigkeit des Angehörigen eines depressiven Patienten und seiner psychischen und physischen Belastung. Angehörige leiden zudem gleichermaßen unter weniger sozialen Kontakten und sozialer Unterstützung. Sher & Baucom (1993) fanden in ihren Untersuchungen mit der Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) bei Paaren mit einem depressiven Patienten negativere Kommunikationsstrukturen als bei den Vergleichsgruppen. Zudem fand sich ein geringeres Verständnis der Partner gegenüber den Mitteilungen der depressiven Person. Paare mit einem depressiven Partner waren geringer als die Vergleichsgruppen in der Lage, die „negative Kommunikation“ zu verändern oder zu beenden. Ein interessanter Befund war zudem, dass depressive Frauen angaben, die Kommunikation des Ehemannes nicht zu verstehen und überzeugt davon waren, dass auch der Ehemann sie nicht verstehen konnte. Möglicherweise resultieren diese Kommunikationsmuster aus verschiedenen Fähigkeiten der Patienten und ihrer Partner und aus verschiedenen Attributionen, die Partner bezüglich des Verhaltens der depressiven Patienten vornehmen. Hier wird ein weiterer Forschungsbedarf deutlich. Zum Zusammenhang zwischen Partnerschaftszufriedenheit und Störungsverlauf sind die Befunde uneinheitlich. Mehrfach bestätigt ist die größere Unzufriedenheit depressiver Patienten gegenüber Kontrollgruppen (Hahlweg, 1996), wobei die Phase der depressiven Erkrankung eine wichtige Rolle zu spielen scheint (Bodenmann, Cina & Schwerzmann, 2001). Zudem fanden sich keine Unter-

schiede zwischen unglücklichen Paaren mit und ohne depressiven Partner. Bei glücklichen Paaren zeigte sich, dass sich depressive Patientinnen aggressiver gegenüber ihren Partnern verhielten, während es bei den Partnern keine Unterschiede gab (Schmaling & Jacobson, 1990). Ein besserer Prädiktor könnte ein Diskrepanzmaß zwischen der Einschätzung des Patienten und seines Partners sein. Für den Ein- und Zweijahresverlauf waren die Ergebnisse bei depressiven Störungen hoch signifikant (zusammenfassend Marneros, 2004).

Untersuchungen mit dem „Inventar Interpersoneller Probleme“ (IIP; Horowitz et al., 1994) zeigten, dass unipolar depressive Patienten charakteristische interpersonale Probleme in den Bereichen einer zu großen „Affiliation“ (Anschlussbedürfnis) und zu geringen Dominanz aufweisen. Nach Marneros (2004) konnte die Hypothese, dass depressive Äußerungen aggressiv-negatives Verhalten der Partner hemmen, für Paare mit niedrigerer Ehequalität und kurzer Krankheitsdauer bestätigt werden (S.469).

Andere Ergebnisse weisen explizit darauf hin, dass sich komplexe und ambivalente Interaktionsmuster mit der gleichen Häufigkeit bei Patienten und Partnern finden lassen, sodass es fehlerhaft erscheint, aus Patienten- oder Angehörigenstudien auf einen Verursacher zu schließen.

### **II.10.3 Das Expressed-Emotion-Konzept**

Die Ursprünge dieses Konzeptes gehen nach Marneros (2004) auf Brown et al. (1962) zurück, der in Untersuchungen an schizophrenen Erkrankten feststellte, dass bei einer Entlassung zurück in die Herkunftsfamilie eher Rückfälle zu verzeichnen waren. Daraus wurden erste Überlegungen zu einem Diathese-Stress-Modell unter Einbeziehung der emotionalen Spannungen innerhalb der Familie formuliert. Das Kernstück diese einfachen und klaren Konstruktes liegt nach Brown (1985) in den Merkmalen der Kritik, Feindseligkeit und der emotionalen Überinvolviertheit (Marneros, 2004, S.453). Trotzdem wurde sehr kontrovers diskutiert, was genau unter „expressed emotion“ zu verstehen ist. Es wurde vorgeschlagen, einen Index als ein Maß für die Qualität der emotionalen Beziehung unter Angehörigen zu bilden und „expressed emotion“ als eine generalisierte Einstellung oder als emotionalen Aspekt der Sprache zu werten. Es wurde auch überlegt, ob es sich um eine Copingstrategie zur Kontrolle des Verhaltens des Erkrankten handelt und ob es diese Verhaltensweisen auch bei dem Erkrankten selbst und den Therapeuten gibt.

#### **II.10.3.1 Befunde zum Expressed-Emotion-Konzept**

Vaughn & Leff (1976) fanden in ihrer Untersuchung zur Prädiktivität des EE-Konzeptes mittels Camberwell-Family-Interview (CFI), dass 57% der Angehörigen schizophrener Patienten und 70% der Angehörigen depressiver Patienten als hoch (negativ) expressiv eingeschätzt

wurden, wobei depressive Patienten wesentlich empfindlicher auf kritische Bemerkungen reagierten als schizophrene Patienten. Diese Ergebnisse sowie deren Rückfallprädiktion konnten vielfach repliziert werden, es gab jedoch auch widersprechende Untersuchungen.

Nach Hayhurst et al. (1997), die Patienten mit einer Major Depression untersuchten, spielt der Zeitpunkt der Messung eine entscheidende Rolle. Demnach verringert sich die Anzahl kritischer Kommentare in der Remissionsphase im Mittel signifikant und scheint somit kein stabiles Merkmal darzustellen, sondern nach von der Phase des Störungsverlaufes und der Art der Krankheitsbewältigung abzuhängen (Backenstraß, 2000; zit. nach Marneros, 2004). Backenstraß (1998) kam in seiner Längsschnittuntersuchung zu dem Ergebnis, dass das EE-Konzept keine Verlaufsprädiktion erlaubt.

Eher unterschieden sich Rückfallpatienten in ihrer Ehezufriedenheit und ihrem Interaktionsverhalten von rückfallfreien Patienten. Dabei zeigten Angehörige von Patienten mit affektiven Störungen weniger klare kritische Kommentare als Angehörige schizophrener Patienten.

### II.10.3.2 Konzeptionelle Erweiterungen des EE- Konzeptes

Eine Erweiterung des klassischen Expressed-Emotion-Konzeptes stellt das Konzept der „verdeckten Kritik“ (Leeb et al., 1993; nach Marneros, 2004) dar. Dabei geht es mehr um eine kritische Position der Angehörigen, ohne dass die konkreten operationalisierten Kriterien für Kritik oder Tonfall erfüllt werden. Eine weitere Differenzierung innerhalb dieses Paradigmas stellt die „wahrgenommene Kritik“ (Hooley & Teasdale, 1989) dar. Damit sollte nicht nur erfasst werden, wie sich Angehörige gegenüber den Patienten verhalten, sondern wie stark sich die Patienten von den Angehörigen kritisiert *fühlen*. Dazu führten die Autoren ein Item ein, dass auf einer zehnstufigen Likertskala zu beantworten war. Dieses Item („How critical is your spouse of you?“) wird auch als PC-Index (Perceived Criticism) bezeichnet und stellte in der Untersuchung einen stärkeren Rückfallprädiktor bei depressiven Erkrankungen dar als der aufwendige EE-Index, der mit dem Camberwell-Family-Interview nach Vaughn & Leff (1976) erhoben wird. Patienten mit einer depressiven Rückfall innerhalb von 9 Monaten, nahmen ihre Angehörigen zu Beginn der Untersuchung signifikant kritischer wahr als Patienten ohne Rezidiv. Diese Ergebnisse konnten in einigen Studien belegt werden, andere Untersuchungen widersprechen einem Zusammenhang zwischen dem Expressed-Emotion-Index und dem PC-Index. Jedoch verweist der PC-Index auf die hohe Bedeutsamkeit des subjektiven Erlebens des Patienten.

Kronmüller et al. (2000; nach Marneros, 2004) zeigten in ihrer Untersuchung, dass der PC-Index eher vom Interaktionsverhalten der Patienten abzuhängen scheint und weniger von dem Interaktionsverhalten des Angehörigen. Demnach erlebt ein Patient seinen Partner um-

so kritischer, je mehr sich der Patient selbst als dominant wahrnimmt und in seiner Emotionsorientierung erlebt.

Eine Schwierigkeit besteht darin, die Ergebnisse der EE-Forschung zu interpretieren, ohne eine einseitige Schuldzuweisung an die Angehörigen oder die Patienten zu implizieren. Diese Wirkrichtungen lassen sich zudem nicht bestätigen (Hahlweg et al., 2006).

#### **II.10.4 Zusammenfassung**

Selbstberichte wurden bisher kaum als Instrument im Bereich der affektiven Störungen eingesetzt. Eine Schwierigkeit stellen die Annahmen einer kognitiven Verzerrung und einer sozial erwünschten Antworttendenz durch die depressive Symptomatik dar. Studien zur unipolaren Depression sind sehr heterogen in ihren Ergebnissen und dem Studiendesign. Nach Marneros (2004) deuten die Befunde jedoch darauf hin, dass Patienten mit einer affektiven Störung –vor allem unipolar Depressive- besonders vulnerabel für kritische Äußerungen ihrer Angehörigen sind.

Viele Autoren kommen zu dem Fazit, dass der subjektiven Sicht der Betroffenen eine größere Bedeutung zukommen müsse. Es erscheint viel versprechend, die Attributionen der Angehörigen bezüglich der Krankheitsverursachung einzubeziehen. Zudem sollten in künftigen Untersuchungen die verschiedenen Familienrollen stärker berücksichtigt werden und eine familienpsychologische Einbindung erfolgen.

Bezüglich der Interaktionsmuster in Dyaden mit einem depressiven Patienten erscheint es sinnvoller, die Persönlichkeit der Patienten als eine Moderatorvariable zu betrachten und typologische Problemkonstellationen zu untersuchen. Das ist bisher nur wenig gelungen, da die Stichprobengröße meist zu gering ist. Zur Beantwortung der Frage, ob sich Depression ungünstig auf die Beziehungsqualität auswirkt oder umgekehrt, wird vorgeschlagen, für jeden Einzelfall eine Kausalitätshypothese zu entwickeln und eine allgemeingültige Antwort zu verwerfen. Marneros (2004, S.479) hält es für unerlässlich, herauszufinden, welche Copingstrategien und Interaktionsmuster im Sinne eines dyadischen und familiären Bewältigungsverhaltens bedeutsam sind, zumal viele leicht depressiv Erkrankte nicht in ein professionelles Hilfesystem kommen. Nach Hahlweg et al. (2006) klagen mehr als die Hälfte der Angehörigen schizophrener Patienten selbst unter behandlungsbedürftigen psychischen Symptomen, wie Depressionen oder Ängsten. Es wird kritisiert, dass Angehörige zum Teil für die Erkrankung verantwortlich gemacht werden und zu wenig auf ihre Bedürfnisse eingegangen wird. Angermeyer et al. (1997) fanden in einer bundesweiten Untersuchung, dass 66% der befragten Angehörigen eines psychisch Erkrankten mehr Informationen zum Umgang mit dem Erkrankten und 60% mehr Informationen über die Krankheit wünschten.

## II.11 Therapieziele und Therapiebewertung

Berking (2003) fand in einer Untersuchung zu Therapiezielen verschiedener dia-gnostischer Störungsgruppen in der psychosomatischen Rehabilitation eine „störungsspezifische Therapiezieltypizität“ (S.140) sowie im Gegensatz zu Angst- und Schmerzpatienten ein weites Spektrum an Therapiezielen bei depressiven Patienten. Dabei fand er problem- und symptombezogene, Wohlbefindens- und Orientierungsziele vorrangig in der stationären Therapie, während im weiteren Verlauf inter-personelle Ziele deutlich zunahmen, auch wenn problem- und symptombezogene Veränderungswünsche erhalten blieben. Als Hauptziele wurden in dieser Untersuchung für depressive Patienten bei 53,2% problem- und symptombezogene Ziele gefunden, die sich auf das depressive Erleben bezogen, 11,6% hatten interpersonale, 10,6% Wohlbefindens-, 4,0% Orientierungsziele, 13,8% selbstbezogene Ziele, 6,7% entfielen auf eine Restkategorie. In den Feinkategorien fanden sich insgesamt 80 verschiedene Ziele, die mindestens einmal vertreten waren. Am häufigsten wurden „depressives Erleben“ (9,2%), „Umgang mit Schmerzen“ (8,2%) und „Selbstbewusstsein, -vertrauen und –wertgefühl steigern“ (7,3%) benannt. Das Erreichen interpersonaler Ziele war überraschend weniger mit Therapieerfolgsmaßen assoziiert als das Erreichen von problem- und symptombezogenen Zielen, obwohl gerade für die Depressionsbehandlung den Veränderungen im interpersonalen Bereich eine zentrale Funktion für eine Symptomreduktion und der psychosozialen Integration zugeschrieben wird. Allerdings finden sich bisher kaum Ergebnisse zu den Fragen, welche motivationalen Aspekte von Patienten als Ressourcen nutzbar gemacht werden können und welche zielspezifischen Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung stehen sollten (Grawe, 2004).

Je häufiger bestimmte Veränderungsabsichten auftreten, desto wichtiger wäre jedoch ein dementsprechendes Behandlungskonzept (Ritz-Schulte et al., 2008). Für die gefundene hohe Varianz der Therapieziele bei depressiven Patienten schlägt Berking (2003) zieloffenere Behandlungsmodule vor, die individuell ausgestaltet werden können, beispielsweise die „Reduktion von Inkongruenz“ nach Grawe (1998, 2004). Michalak & Schulte (2002) konnten in einer Untersuchung an ambulanten Angstpatienten nachweisen, dass Therapieziele engagierter und motivierter verfolgt werden, je integrierter und harmonischer diese Ziele mit anderen persönlich relevanten Lebenszielen erlebt werden. Der deutliche Zusammenhang mit dem Therapieerfolg könnte sich durch einen Zugewinn an Selbstregulationskompetenz in der Therapie erklären lassen und stärkt die Forderung nach Integration von Therapie- und Lebenszielen.

Priebe (1992) untersuchte mit der Methode der VAS (Visual Analogue Scale) an 68 stationär aufgenommenen primär depressiven Patienten den Einfluss der globalen Therapiebewertung zu Beginn der Behandlung auf Behandlungsergebnisse und die Therapiebewertung zum

Ende. Er fand dabei positive und signifikante Zusammenhänge zwischen einer initial positiven Therapiebewertung, der Verbesserung des Behandlungsverlaufes und des Ergebnisses. Dabei bewerteten Patienten, die sich noch nie in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden, die Therapie initial häufiger positiv. Patienten, die sich schon mehrfach in stationärer Behandlung oder in derselben Institution befanden, wiesen negative Therapieerwartungen auf. Es fanden sich in dieser Untersuchung keine Unterschiede in Geschlecht, Alter, Lebenssituation, psychiatrischer Diagnose (nach ICD-10 oder DSM-III-R) oder Schwere der depressiven Symptomatik. Allerdings wurden keine Variablen der klinischen Vorgeschichte erhoben, die einen Einfluss auf die Therapiebewertung haben könnten. Möglicherweise ist ein Patient, der einer Therapie positiv entgegen sieht, eher bereit, die Hinweise des Arztes anzunehmen und umzusetzen. Es wäre auch denkbar, dass überdauernde Persönlichkeitsmerkmale an der Initialbewertung beteiligt sind, jedoch fehlen hier empirisch begründete Aussagen. Die Patientenmeinung sollte als Regulativ für das therapeutische Vorgehen genutzt werden. Gerade bei negativen Bewertungen kann sich eine Veränderung der unspezifischen Therapiekomponenten als erfolgreich erweisen.

Die Verwendung von Skalen, die den VAS (Visual Analogue Scales) angelehnt sind, wurde für diese Untersuchung ebenfalls als nutzbringend erachtet.

Funke (1994) kommt in ihren Untersuchungen von geschlechtsspezifischen Therapiezielen bei Alkoholikern zu dem Schluss, dass Umwelt- und soziale Faktoren einen stärkeren Einfluss auf die Therapieziele haben, während es unzulässig erscheint, Frauen emotionale und Männern eher kognitiv-abstrahierende Therapiekonzepte zuzuordnen.

Die Geschlechtsrollenidentität bzw. eine Unzufriedenheit in der Rollenerfüllung sind demnach weniger dazu prädestiniert, geschlechtstypische therapeutische Ziele zu etablieren, sondern lieferten eher „...geschlechtstypische *Entstehungsbedingungen* für Beeinträchtigungen, Entwicklungsstörungen und soziale Fehlanpassungen“ (S. 219). Sie schlussfolgert, dass zu oft die Lebenswirklichkeit der Patienten verkannt wird, „...aus der (sie) kommen, in die sie zurückkehren und in der sie sich bewähren möchten“, sodass es erforderlich erscheint, diese Überzeugungen und Wertvorstellungen kennen zu lernen und daraus spezifische Vorstellungen über Veränderung zu entwickeln, statt sie zu „verordnen“ (S.220) .

## II.12 Ressourcen

Ressourcen werden in der Literatur sehr weit definiert, ein klar abgegrenztes Konzept liegt bisher nicht vor. Allgemein sind Ressourcen „Mittel“, „Hilfsmittel“ oder „Schutzfaktoren“ des Handelns (Schwenkmezger & Schmidt, 1994). Dabei helfen Ressourcen bei der Bewältigung bestimmter Anforderungen und stellen einen Schutz des Individuums dar. In den letzten Jahren trat ein Wandel von der defizit-orientierten zur ressourcenorientierten Sichtweise im Sin-

ne der „Salutogenese“ von Antonovsky (1987) und des „Empowerment“ von Zimmerman (1994) in das Blickfeld, die jedoch wenig Eingang in die konkrete Forschungs- und Interventionspraxis gefunden haben (Hornung & Gutscher, 1994). Nach Klemenz (2003) finden sich Ressourcenkonzepte beispielsweise in humanistischen, wachstumsorientierten Therapierichtungen (Rogers, 1951; Tausch, 1979), in der Familientherapie (Karpel & Brauers, 1986), in der Hypnotherapie (Erickson & Rossi, 1993), im lösungsorientierten Therapiemodell von de Shazer (1985), im „Meisterungskonzept“ der Mount-Zion-Forschungsgruppe (Sampson & Weiss, 1986), in der „Positiven Psychotherapie“ von Peseschkian (1977), in der Selbstmanagement-Therapie von Kanfer (1996), im Konzept des euthymen Erlebens und Handelns von Lutz (1983), in der „Power Therapy“ von Aleksiuk (1996), in der „Integrativen Therapie“ (Petzold, 1997), in der „Systemischen Therapie“ (Schiepek, 1999), in der „Positive Therapy“ von Seligman (2002). Ressourcenaktivierung ist nun auch als eine Anforderung an eine angemessene Verhaltenstherapie etabliert (Grawe, 1998) und wird zukünftig sicher verstärkt in das Verständnis von Therapie und Krankheitsbewältigung eingehen.

### II.12.1 Begriffsbestimmung

Eng verbunden mit dem Ressourcenbegriff ist das Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1987), das wesentlich dazu beigetragen hat zu klären, warum bestimmte Menschen trotz großer Belastungen und gesundheitsgefährdenden Bedingungen nicht erkranken und welche „Widerstandsressourcen“ (Resilienz) dies ermöglichen. Die Resilienzforschung zählt zu den protektiven Faktoren bestimmte Merkmale des Temperaments (Flexibilität, Annäherungstendenz, Soziabilität), der kognitiven Kompetenz (durchschnittliche Intelligenz), der Selbstwahrnehmung und –bewertung (Erfahrung von Selbstwirksamkeit, positives Selbstkonzept), der emotionalen Bindung an Bezugspersonen (stabiles Beziehungsangebot wenigstens eines Elternteils oder einer anderen Person), des erlebten Erziehungsklimas (emotional positiv, unterstützend, strukturgebend) oder Formen der sozialen Unterstützung durch Personen außerhalb der Familie (Werner, 1999; zitiert nach Klemenz, 2003, S. 28).

Nach Petzold (1997) werden als Ressourcen „alle Mittel gesehen, durch die Systeme sich lebens- und funktionsfähig erhalten (operating), Probleme bewältigen (coping), ihre Kontexte gestalten (creating) und sich selbst im Kontextbezug entwickeln können (developing)“ (S.451). Dabei ermöglichen Ressourcen der Person, auf wahrgenommene, kontextbezogene Anforderungen und Schwierigkeiten adäquat und effektiv reagieren zu können und dienen damit der Realisierung von inneren Bedürfnissen und Interessen sowie daraus folgenden Plänen, Entscheidungen oder Willensentschlüssen (Grawe, 2004).



## II.12.2 Taxonomien der Ressourcen

Ressourcen können, je nach Forschungsanliegen, verschieden klassifiziert werden (Klemenz, 2003). Die einfachste Einteilung erfolgt in *internale* und *externale Ressourcen*. Internale Ressourcen sind personale Ressourcen, wie Selbstwertschätzung, spezielle Fähigkeiten, Optimismus oder Selbstwirksamkeitserwartungen. Externale Ressourcen bezeichnen soziale Ressourcen, wie beispielsweise die soziale Unterstützung.

Der zweite Taxonomietyp unterscheidet die Ressourcenarten *Objekte* (Gegenstände der materiellen Umwelt, die den Bedürfnissen entsprechen oder eine allgemeine Wertschätzung erzeugen), *bestimmte Lebensbedingungen und Lebensumstände* (gesichertes Einkommen oder eine stabile Beziehung, mit denen angestrebte Bedingungen wie Status, Sicherheit oder Zuwendung erreicht werden können), *Persönlichkeitsmerkmale* (zentrale Elemente eines positiv bewerteten Selbstbildes, die den Zugang zu wertgeschätzten Zuständen wie berufliche Stellung, Freundschaft oder Ansehen ermöglichen) und *Energieressourcen* (Mittel, die zum Erwerb angestrebter Objekte oder zur Erreichung erwünschter Lebensbedingungen hilfreich sind).

Ein drittes Klassifizierungssystem unterscheidet Ressourcen nach der Bedeutung für das Überleben eines Individuums, wobei *primäre Ressourcen* einen direkten Überlebensbezug haben (Nahrung, Kleidung, Schutz), sich die *sekundären Ressourcen* auf soziale Unterstützung, Bindungen zu wichtigen Bezugspersonen, Hoffnung und Optimismus beziehen, die wiederum einen indirekten Beitrag zu den primären Ressourcen leisten. *Tertiäre Ressourcen* umfassen alle Elemente, die die Sicherung der sekundären Ressourcen begünstigen, wie Geld, gesicherter Arbeitsplatz oder Statussymbole.

## II.12.3 Wirkprinzipien von Ressourcen

Hobfoll et al. (1998) prägt die Begriffe von „Ressourcengewinn- und –verlustspiralen“. Menschen mit größerem Ressourcenrepertoire sind demnach weniger anfällig gegen Ressourcenverlust und schneller in der Lage, Ressourcen dazu zu gewinnen.

Personen mit geringen und weniger Ressourcen sind stärker von einem weiteren Ressourcenverlust bedroht, wobei durch erneute Ressourceninvestitionen Reserven aufgebraucht werden, die die Vulnerabilität erhöhen. Dabei sind Schlüsselressourcen im gesellschaftlichen und kulturellen Kontext zu betrachten. Beispielsweise sind in westlichen Industrieländern Kompetenzüberzeugung, Unabhängigkeit und individueller Erfolg personale Schlüsselressourcen (Hobfoll, 2002).

### **II.12.4 Aktueller Forschungsstand**

Es existieren eine Reihe von Theorien und Ressourcenmodelle (zusammenfassend Hobfoll, 2002), die bisher wenig integriert wurden. Praxisrelevante Ansätze finden sich in der Integrativen Ressourcentheorie von Petzold (1997) sowie in der bedürfnisorientierten Betrachtung von Grawe (2004). Schiepek & Honermann (2001; nach Klemenz, 2003) haben den ersten deutschsprachigen Ressourcenerfassungsbogen für erwachsene Klienten („Fragebogen zur Erfassung persönlicher Ressourcen“) entwickelt, der -frei von Items- die Ressourcen nach einer ausführlichen und einstimmenden Instruktion erfasst und bereits validiert werden konnte.

Dagegen fehlen für viele Ressourcenmerkmale standardisierte ressourcendiagnostische Erhebungsinstrumente, sodass hier qualitative Methoden den Vorrang haben. Weiterhin gibt es Überlegungen, das multiaxiale Diagnosesystem DSM-IV dahingehend zu verändern, die Achse IV (Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme) durch die Kategorie „Psychosoziale und umgebungsbedingte Ressourcen“ zu erweitern, eine zusätzliche Achse VI als „Personale Ressourcen“ neu zu konstruieren oder auf der Achse V (Globale Beurteilung des Funktionsniveaus) nicht nur Defizite, sondern auch Merkmale optimalen Funktionierens zu beschreiben (nach Klemenz, 2003). Schiepek (1999; nach Klemenz, 2003) merkt an, „...dass Ressourcenaktivierungen bei vielen Patienten zu einem Selbstwertzuwachs führen, merkt aber auch kritisch an, dass Ressourcenerfahrungen in manchen Fällen, insbesondere bei langfristig demoralisierten Patienten mit bestehenden Selbstkonzepten und –schemata unvereinbar sind und sich eventuell als ebenso unverträglich erweisen, wie deftige Nahrung für unterernährte, stark ausgezehnte Menschen,“ (S.29). Eine neuere Entwicklung zeichnet sich dahingehend ab, Ressourcen nicht nur zu kategorisieren, sondern zu klassifizieren und individuell zu gewichten.

### **II.13 Zusammenfassung und Ableitung der Forschungsfragen**

Diese Untersuchung stellt die Form der unipolaren depressiven Episode (ohne beeinträchtigende psychotische Symptome) in den Mittelpunkt der Betrachtung. Dieses Störungsbild erscheint sehr vielschichtig in seiner emotionalen und motivationalen Ausprägung, sodass hier angenommen wird, dass auch vielschichtige Reaktionen gegenüber den Betroffenen denkbar und wahrscheinlich sind. Was bedeutet die Diagnose für die Betroffenen und ihre Partner? Welche Bewertungen und Behandlungserwartungen werden damit verbunden? Lassen sich diese Reaktionen in theoretische Konzepte einordnen? Welche rehabilitativen Ableitungen ergeben sich daraus? Die Auswirkungen depressiver Erkrankungen auf Angehörige und Partnerschaft sowie die Wechselwirkungen innerhalb der Beziehungen sind bisher noch sehr unzureichend untersucht. Es lassen sich keine Untersuchungen finden, die Krank-

heitskonzepte der Partner in eine Beziehung zu den Konzepten der Patienten setzen. Es ist zudem wenig bekannt darüber, welche motivationalen Aspekte bei den Copingprozessen eine Rolle spielen können, wie diese sich auswirken und als mögliche Ressourcen nutzbar gemacht werden können. Als Angehörige sollen in diesem Kontext die Partner der Patienten berücksichtigt werden.

Attributionstheoretische Überlegungen postulieren, dass Menschen nach Ursachen und Erklärungen für Ereignisse, hier für den Erkrankungskomplex Depression, suchen. In dieser Untersuchung wird die Hypothese vertreten, dass Ursachenzuschreibungen nicht nur Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigung von Patienten haben, sondern auch auf die Bewältigung der Partner. Es stellt sich die Frage, welche Erwartungen an Behandlung und Vorstellungen von Behandlungsmöglichkeiten die Partner der Patienten haben. Ferner wird postuliert, dass es einen Zusammenhang zwischen den Krankheitskonzepten und der Partnerschaftsqualität bzw. der Partnerschaftszufriedenheit gibt. Es gilt als erwiesen, dass eine Übereinstimmung der Krankheitskonzepte von Patienten und ihren Behandlern ein hohes Ausmaß an Compliance vorhersagt und zu einem positiven Behandlungsergebnis beiträgt. Hier wird der Frage nachgegangen, welche Übereinstimmung in den Krankheitskonzepten depressiver Patienten und ihrer Partner vorliegen. Es wird angenommen, dass sich übereinstimmende Konzepte im Allgemeinen positiv auf das Coping, vor allem das dyadische Coping, auswirken. Zudem ist wenig darüber bekannt, welche Krankheitskonzepte und Bewältigungsstrategien von Partnern depressiver Patienten generiert werden. Unter Berücksichtigung der Theorie der wahrgenommenen Verantwortlichkeit soll untersucht werden, welche Attributionen hinsichtlich der Verantwortlichkeit bei den Partnern gegenseitig zu finden sind.

Welcher Umgang wird in diesem Zusammenhang mit Schuldzuweisungen gewählt? Wie nehmen sich Patienten und Partner gegenseitig wahr? Welches Ausmaß an Eigenverantwortlichkeit für die Krankheitsentstehung und –bewältigung wird ihnen zugeschrieben und von ihnen geäußert?

Zudem stellt sich die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Verantwortlichkeit und der Partnerschaftsqualität gibt. Es wird vermutet, dass eine hohe partnerschaftliche Zufriedenheit einer schuldhaften Verarbeitung der Erkrankung entgegenwirkt. Es ist ferner möglich, dass schuldhafte Zuschreibungen die Partnerschaftsqualität verschlechtern und dass eine als „unglücklich“ wahrgenommene Partnerschaft die Schuld- und Verantwortungszuschreibungen verändert.

Auf der Grundlage der Konsistenztheorie (Grawe, 1998, 2004) sollen motivationale Schemata einbezogen werden. Diese Schemata unterteilen sich in Annäherungs- und Vermeidungsziele und können mit dem forschungsrelevanten Instrument des FAMOS bisher für Patienten

und als Fremdbeurteilungsinventar für Therapeuten erhoben werden. In dieser Untersuchung sollen Annäherungs- und Vermeidungsziele der Patienten und deren Partner erhoben werden. Zudem ist es durch die Modifikation der Fragebögen möglich, Selbst- und Fremdeinschätzungen der Patienten und der Partner zu erheben. Es wird postuliert, dass partnerschaftliche Ressourcen bei der Krankheitsbewältigung sichtbar werden. Zudem soll untersucht werden, ob oder worin sich Männer und Frauen sowie Paare verschiedener Partnerschaftsqualität unterscheiden. Eine hohe Übereinstimmung in den wahrgenommenen Zielen müsste demnach eine wirkungsvolle partnerschaftliche Unterstützung voraussagen. Theoriegeleitet wäre es auch denkbar, dass sich verschiedene Annäherungs- und Vermeidungsziele komplementär unterstützen. Diese Frage ist bisher nicht näher untersucht. Es wird erwartet, dass sich innerhalb der diagnostischen Zuordnung unterschiedliche Ausprägungen der Erkrankung zeigen, die verschiedene partnerschaftliche Interaktionen bewirken und in Therapie und Angehörigenarbeit spezifische Konzepte erfordern könnten.

In der aktuellen Forschung besteht ein Bedarf, mehr darüber zu erfahren, welche Auswirkungen Lebensziele bzw. motivationale Schemata (Grawe, 1998, 2004; Kanfer et al., 2000) auf Krankheitskonzepte und die soziale Unterstützung haben (Berking, 2003). Ostkirchen & Willweber-Strumpf (1989) kamen in ihrer Untersuchung zu Laientheorien bei chronisch rheumatischen Erkrankungen zu dem Schluss, dass emotionale Korrelate bei der Untersuchung laienätiologischer Konzepte unbedingt Berücksichtigung finden sollten (vgl. auch Verres, 1985).

## III Fragestellungen

Zusammenfassend ergeben sich folgende Fragen, die mit verschiedenen Methoden beantwortet werden sollen:

### 1. Fragestellung:

Welches Wissen und welche Erfahrungen mit den Auswirkungen einer psychischen Erkrankung bestehen bei den untersuchten Patienten und ihren Partnern?

- 1.1 Welches Wissen haben Patienten und Partner über die Diagnose?  
Welche Bedeutung hat die Diagnose für die Betroffenen?
- 1.2 Welches Ausmaß an Stigmatisierung verknüpfen Patienten und Partner mit dieser Diagnose?
- 1.3 Welche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gibt es in der Vorgeschichte der untersuchten Patienten und ihrer Partner?
- 1.4 Welche Aussagen können zum sozialen Umfeld und der Unterstützung der Patienten und ihrer Partner gemacht werden?
- 1.5 Welche emotionalen Auswirkungen (Schuld, Scham, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Ärger, Ängste, Sorgen, Wünsche) erleben Patienten und Partner durch diese Erkrankung?
- 1.6 Wie beschreiben Patienten und ihre Partner das Zusammenleben mit ihren Kindern und deren Situation?

### 2. Fragestellung:

Welche Behandlungserfahrungen und Behandlungsvorstellungen haben Patienten und ihre Partner?

- 2.1 Welche Vorstellungen haben Patienten und Partner bezüglich der Erkrankungshäufigkeit und der Krankheitsdauer?
- 2.2 Wie gut fühlen sich Patienten und ihre Partner hinsichtlich verschiedener Bereiche der Behandlung informiert?
- 2.3 Welche Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung halten Patienten und Partner für hilfreich?

### 3. Fragestellung:

Welche Ursachen für die Entstehung der depressiven Erkrankung werden von den Patienten, welche Ursachen werden von den Partnern generiert?

- 3.1 Worin sehen Patienten und Partner die Ursachen für diese Erkrankung?
- 3.2 Hat sich die Sicht auf die Ursachen über die Zeit verändert?

- 3.3 Was glauben Patienten und Partner, worin die Partner, der behandelnde Arzt und die meisten Menschen die Ursachen sehen?
- 3.4 Welche Theorien zur Entstehung dieser Erkrankung werden von Patienten und Partnern bevorzugt?
- 3.5 Welche Auslöser werden von Patienten und Partnern beschrieben?

**4. Fragestellung:**

Welche Krankheitsverarbeitung wählen Patienten und Partner, die von einer depressiven Erkrankung betroffen sind?

- 4.1 Was tun Patienten und Partner, um mit der Situation umzugehen?  
Was war bisher hilfreich? Was war unwirksam oder schädlich?
- 4.2 Welche Strategien zur Krankheitsverarbeitung wählten Patienten und Partner nach dem Eintritt des Erkrankungsereignisses?
- 4.3 Welche Unterschiede lassen sich bezüglich der Krankheitsverarbeitung bei Patienten und Partnern finden? Gibt es geschlechtsbezogene Unterschiede?
- 4.4 Welche Einstellung haben Patienten und Partner zu Krankheit und Gesundheit? Lassen sich Unterschiede finden?

**5. Fragestellung:**

Welcher Zusammenhang besteht zwischen der wahrgenommenen Verantwortlichkeit und der partnerschaftlichen Unterstützung? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?

- 5.1 Wie schätzen Patienten und Partner ihre eigene Verantwortlichkeit für die Krankheitsentstehung ein?
- 5.2 Wie schätzen Patienten und Partner die Verantwortlichkeit ihres Partners bei der Krankheitsentstehung ein?
- 5.3 Wie wichtig ist für Patienten und Partner die Einstellung des anderen zu den Therapiemaßnahmen? Wie hoch wird die Übereinstimmung mit dem Partner in den Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung eingeschätzt?
- 5.4 Wie werden die Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung eingeschätzt?
- 5.5 Welche Aussagen werden zur momentan eingeschätzten Krankheitsbewältigung und dem momentan empfundenen Ärger getroffen?
- 5.6 Welche Zusammenhänge ergeben sich zwischen der Einschätzung der Hauptsache, der Partnerschaftszufriedenheit und den Copingstrategien?
- 5.7 Welche Zusammenhänge ergeben sich bei den Einschätzungen des Eingangsfragebogens innerhalb der Gesamtstichprobe?

**6. Fragestellung:**

Welche Aussagen können zur Veränderung der Beziehungsqualität und der Krankheitsverarbeitung durch die Erkrankung getroffen werden?

- 6.1 Welches Ausmaß an partnerschaftlicher Zufriedenheit besteht bei Patienten und Partnern momentan?
- 6.2 Welches Ausmaß an partnerschaftlicher Zufriedenheit bestand bei Patienten und Partnern vor der Erkrankung?
- 6.3 Welche partnerschaftlichen Veränderungen werden von den Patienten und den Partnern angegeben?
- 6.4 Wie schätzen Patienten und Partner momentan ihre Partnerschaft und den Beitrag bei der Krankheitsbewältigung ein? Welche Unterschiede gibt es?
- 6.5 Welche Unterschiede in der Skaleneinschätzung ergeben sich zwischen Patienten und Partnern, die ihre Beziehung als glücklich oder unglücklich beschreiben?
- 6.6 Welche Unterschiede in der Einschätzung des partnerschaftlichen Umgangs und der Krankheitsverarbeitung ergeben sich zwischen Patienten und Partnern, die ihre Beziehung als glücklich oder unglücklich beschreiben?
- 6.7 Welche Familienrollen werden Patienten und Partnern innerhalb ihrer Beziehungsstruktur zugeschrieben? Worin sehen Patienten und Partner die Stärke der Familie?

**7. Fragestellung:**

Welche motivationalen Schemata lassen sich bei Patienten und Partnern finden?

- 7.1 Welche Annäherungs- und Vermeidungsziele werden von Patienten mit einer depressiven Erkrankung generiert? Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich finden?
- 7.2 Welche Annäherungs- und Vermeidungsziele werden von den Partnern generiert? Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich finden?
- 7.3 In welchen Annäherungs- und Vermeidungszielen unterscheiden sich Patienten und Partner?
- 7.4 Welche Einschätzung treffen Patienten und Partner über die Probleme und Möglichkeiten des anderen Partners? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?
- 7.5 Worin unterscheiden sich Selbst- und Fremdwahrnehmung von Patienten und Partnern hinsichtlich der motivationalen Aspekte?
- 7.6 In welchen motivationalen Schemata (Annäherungs- und Vermeidungsziele) unterscheiden sich Patienten und Partner, die ihre Beziehung als glücklich oder unglücklich angeben?

### 8. Fragestellung:

Welche interpersonalen Probleme und Möglichkeiten stehen bei den Patienten und ihren Partnern im Vordergrund?

- 8.1 Welche interpersonalen Probleme und Möglichkeiten geben Patienten und Partner an? Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich?
- 8.2 Woraus schöpfen Patienten und Partner persönlich Kraft?
- 8.3 Welche Fähigkeiten sehen Patienten und Partner bei sich selbst, auch wenn sie diese momentan nicht ausreichend zeigen können?
- 8.4 Welche Einstellung haben Patienten und Partner gegenüber Forderungen?
- 8.5 Welche Einstellungen und Erfahrungen haben Patienten und Partner mit Psychotherapie und Beratung?
- 8.6 Was veranlasst Partner oder andere Menschen, die Patienten zu unterstützen?

### 9. Fragestellung:

Welche Vorstellungen existieren bei Patienten und deren Partnern über Therapieziele und hilfreiche Maßnahmen?

- 9.1 Welche kurzfristigen Therapieziele sind für die Patienten und Partner bedeutsam?
- 9.2 Welche langfristigen Therapieziele sind für die Patienten und Partner bedeutsam?
- 9.3 Was glauben Patienten und Partner, hat ihnen bisher am meisten geholfen, mit der Erkrankung umzugehen? Was war nicht hilfreich?
- 9.4 Was glauben Patienten und Partner, sollten ihre Partner *mehr* tun, damit es ihnen besser geht?
- 9.5 Was glauben Patienten und Partner, sollten ihre Partner *weniger* tun, damit es ihnen besser geht?
- 9.6. Was glauben Patienten und Partner, braucht der Partner zum besseren Umgang mit der Erkrankung?

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine explorative Herangehensweise. Die Fragestellungen wurden aus dem aktuellen Forschungsstand sowie interessierenden Fragen aus der praktischen Arbeit abgeleitet. Daher wird auf *exakte Hypothesen und Alternativhypothesen* weitgehend verzichtet, jedoch besonderer Wert auf die Darstellung der qualitativ und quantitativ gewonnenen Ergebnisse gelegt und folgende Erwartungen formuliert:

#### *Fragestellung 1:*

Es wird erwartet, dass die Patienten über ein viel besseres Wissen über ihre Diagnose verfügen als die Partner. Durch die kognitiven Verzerrungen und ein gemindertes Selbstwertgefühl wird erwartet, dass Patienten sich in höherem Maße durch eine psychische Erkrankung



„stigmatisiert“ fühlen als Partner. Es wird erwartet, dass depressiv erkrankte Menschen mehr Angehörige aus der Herkunftsfamilie kennen, die ebenfalls an einer psychischen Erkrankung gelitten haben als die Partner.

Die Fragestellungen nach dem sozialen Umfeld (1.4) und den emotionalen Auswirkungen der Erkrankung (1.5) werden frei exploriert. Es wird zudem angenommen, dass sich in vielen Familien auch Auffälligkeiten bei den Kindern ergeben.

#### *Fragestellung 2:*

Da die meisten Patienten schon an psychoedukativen Gruppen teilgenommen haben (bei mehrfachem Klinikaufenthalt und Psychotherapie), wird erwartet, dass sie sich viel besser als die Partner mit der Erkrankung auskennen und sich viel besser über verschiedene Bereiche der Erkrankung informiert fühlen als die Partner.

Es wird zudem erwartet, dass sich Partner überwiegend über Bücher, Internet und Arztgespräche informieren. Es wird angenommen, dass aufgrund der großen Anstrengungen zur Information der Bevölkerung die vorgeschlagenen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung (zum Beispiel Medikamente, Gruppen- und Einzelpsychotherapie) von beiden Untersuchungsgruppen hilfreich genutzt oder akzeptiert werden.

#### *Fragestellung 3:*

Es wird vermutet, dass von beiden Untersuchungsgruppen verschiedene Ursachen der Erkrankung gesehen werden. Die Patienten werden voraussichtlich stärker dazu tendieren, die Hauptursache in sich selbst zu sehen, die Partner könnten mehr zu äußeren oder schicksalhaften Faktoren tendieren. Bei den Patiententheorien werden Theorien im Sinne des biopsychosozialen Modells erwartet. Die Fragestellung nach den Auslösern (3.4) wird explorativ behandelt.

#### *Fragestellung 4:*

Es wird erwartet, dass sich Patienten und Partner in ihrem Umgang mit der Erkrankung voneinander unterscheiden. Bei den Patienten werden eher depressive Verarbeitungsstrategien vermutet, bei den Partnern eher Strategien im Sinne von Ablenkung oder Selbstaufbau. Zudem werden geschlechtsspezifische Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung innerhalb der Untersuchungsgruppen vermutet. Bei der Einstellung zu Krankheit und Gesundheit werden bei den Patienten Einstellungen erwartet, die eher von einer Unkontrollierbarkeit ausgehen.

Bei den Partnern könnte die eigene Kontrolle über Krankheit und Gesundheit dominieren.

#### *Fragestellung 5:*

Es wird postuliert, dass sich Patienten –im Gegenteil zu den Partnern- hoch selbst verantwortlich für die Erkrankung fühlen. Zudem wird angenommen, dass der Partner nur wenig verantwortlich gemacht wird, jedoch die Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen für beide Gruppen hoch bedeutsam ist. Die momentane Einschätzung der Bemühung des Partners (5.4) wird frei exploriert. Zwischen der eingeschätzten Partnerschaftszufriedenheit, Unterstützung und Krankheitsbewältigung werden Zusammenhänge erwartet.

#### *Fragestellung 6:*

Theoriegeleitet wird erwartet, dass sich die Partnerschaftszufriedenheit durch die Erkrankung verschlechtert hat, vor allem bei den Paaren, die ihre Partnerschaft retrospektiv schon vor der Erkrankung als belastet beschreiben. Negative Veränderungen werden in den Bereichen der Kommunikation und Sexualität (Krankheitseinfluss, medikamentöse Nebenwirkung) erwartet. Der momentane Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (6.4) und die Rollen innerhalb der Familienstruktur (6.5) werden exploriert.

#### *Fragestellung 7:*

Unterschiede zwischen Patienten und Partnern werden sowohl in den Annäherungs- als auch in den Vermeidungszielen erwartet. Geschlechtsspezifische Unterschiede werden auch innerhalb der Teilstichproben vermutet.

Bei den Männern (auch in der Patientenstichprobe) werden stärkere leistungsbezogene Motive, bei den Frauen beziehungsorientierte Motive erwartet. Bei dem Vergleich der Selbst- und Fremdwahrnehmungen von Patienten und Partnern werden Wahrnehmungsunterschiede in den Teilstichproben erwartet.

Patienten könnten sich wesentlich negativer einschätzen als sie von ihren Partnern gesehen werden. Gleichzeitig wird vermutet, dass sie ihre Partner in einigen Bereichen leistungsfähiger einschätzen als diese sich selbst.

Zusätzlich wird erwartet, dass bei Patienten und Partnern, die ihre Beziehung als „glücklich“ einschätzen, vor allem beziehungsorientierte Motive besonders stark ausgeprägt sind.

#### *Fragestellung 8:*

Es wird erwartet, dass sich Patienten und Partner in verschiedenen interpersonalen Problemen und Möglichkeiten voneinander unterscheiden, vor allem in den Bereichen der sozialen Kompetenz.

Hier werden erfahrungsgemäß weniger starke Ausprägungen bei den Patienten erwartet. Zudem soll geprüft werden, ob und in welchen interpersonalen Bereichen sich Männer und

Frauen innerhalb der Teilstichproben unterscheiden. Die Fragen zu Kraftquellen (8.3) und momentane sowie erinnerte Fähigkeiten (8.4) werden explorativ ausgewertet. Bei der Wahrnehmung der Unterstützungsmarker wird vermutet, dass es besonders den Patienten schwer fällt zu beschreiben, woran die Partner den Hilfebedarf erkennen können. Die Frage nach der Einstellung zu Forderungen (8.6) ist explorativ. Zudem wird erwartet, dass durch die Information in verschiedenen Medien ein gutes Wissen und Inanspruchnahme von Beratungs- und Psychotherapiemaßnahmen besteht.

*Fragestellung 9:*

Ganz allgemein wird erwartet, dass für die Patienten eine Symptomverbesserung als kurzfristiges Therapieziel im Vordergrund steht. Langfristig könnte eine Verbesserung des Selbstwertgefühls angestrebt werden. Für die Partner könnten eine allgemeine Verbesserung und eine Rückkehr zur vorherigen Leistungsfähigkeit bedeutsam sein. Die Fragen nach hilfreicher bisheriger Unterstützung (9.3) und Vorstellungen zum Verhalten des Partners (9.4, 9.5 und 9.6) sind explorativ.



## IV Untersuchungsmethodik

### IV.1 Untersuchungsdesign

Diese Untersuchung wurde unter natürlichen stationären Bedingungen in der klinischen Alltagsrealität durchgeführt. Die Heterogenität der Patienten und ihrer Partner gilt als hohe ökologische (externe) Validität. Eine Randomisierung der Stichprobe fand nicht statt, womit ethische Probleme einer zufälligen Zuweisung wegfielen. Die Personenvariable des Untersuchers wurde konstant gehalten.

Für die Datenerhebung wurde ein gemischtes Design qualitativer und quantitativer Erhebungsmethoden gewählt, um spezifische und persönliche Informationen durch die qualitative Befragung zu gewinnen und diese um Erkenntnisse aus objektiven Verfahren erweitern zu können.

Die Untersuchung wurde durch die enge Kooperation mit der „Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie“ des Evangelischen Krankenhauses „Königin Elisabeth Herzberge“ (Chefarzt: Herr Prof. Dr. Diefenbacher sowie Leitende Psychologin: Frau Dipl.-Psych. Eva Weiß) in Berlin-Lichtenberg sowie mit den beiden angeschlossenen Tageskliniken ermöglicht. Das Evangelische Krankenhaus „Königin Elisabeth Herzberge“ sichert die stationäre Akut- und Primärversorgung psychisch erkrankter Menschen für die Berliner Stadtbezirke Lichtenberg und Hohenschönhausen. Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt –neben einem gerontopsychiatrischen und suchtmmedizinischen Funktionsbereich- über zwei Psychiatrie- und Psychotherapiestationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (affektive Erkrankungen, schizophrene Psychosen, Persönlichkeitsstörungen). Neben der akuten Versorgung der Patienten stehen zwei Tageskliniken mit jeweils 20 Plätzen zur weiteren Behandlung zur Verfügung. Das Therapiekonzept umfasst somatische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Ansätze und wird von multiprofessionellen Teams aus Ärzten, Diplom-Psychologen, Soziotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergo- und Musiktherapeuten sowie psychiatrisch geschulten Mitarbeitern des Pflegedienstes getragen.

Die Untersuchungsteilnehmer waren Patienten der Psychiatrie- und Psychotherapiestation (Schwerpunkt: Affektive Erkrankungen) sowie beider Tageskliniken (Berlin-Lichtenberg und Berlin-Friedrichshain).

Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich von Juli 2006 bis März 2007. Es wurden 102 Personen befragt, in die differenzierte statistische Auswertung gingen insgesamt 92 Versuchspersonen ein.



Abbildung 10: Schematische Darstellung des Untersuchungsablaufes

### IV.1.1 Gewinnung der Untersuchungsteilnehmer

Von Juli 2006 bis März 2007 wurden regelmäßig alle Patienten der Psychiatrie- und Psychotherapiestation, die sich in einer - dem Behandlungskonzept der Klinik entsprechenden- Therapiegruppe für (überwiegend) affektive Erkrankungen befanden, hinsichtlich der festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien der Untersuchung überprüft. Wenn die Kriterien erfüllt schienen, wurde durch Rücksprache mit dem Behandler und Pflegepersonal sichergestellt, dass zu diesem Zeitpunkt keine medizinischen oder persönlichen Einschränkungen des Patienten bekannt waren, die eine Befragung nicht zuließen. Durch die Stationen erhielt ich erste Informationen über die diagnostische Zuordnung der Patienten, ihren Familienstand sowie die aktuelle Schwere der Erkrankung. Alle erreichbaren Patienten mit einer Erkrankung aus dem depressiven Spektrum wurden um ihre Teilnahme sowie um ihr Einverständnis zur Befragung und Untersuchung des nächsten Angehörigen gebeten. Als „Angehörige“ wurden zusammen lebende Partner (verheiratet und nicht verheiratet) benannt. Alle Patienten, die in die Untersuchung aufgenommen werden konnten und die Zielgruppe darstellten, wurden von mir angesprochen und über die geplante Untersuchung und deren Ablauf informiert (informed consent). Die Gründe, die zu einer Ablehnung führten, wurden dokumentiert. Bei der Einwilligung der Patienten wurde ein erster Interviewtermin (qualitative Befragung) vereinbart. Gleichzeitig wurde das Einverständnis eingeholt, die Partner um ihre Teilnahme bitten zu dürfen (persönlich, telefonisch oder schriftlich). Der Information über den Datenschutz kam eine besondere Bedeutung zu, da vor allem die Anonymisierung und die Schweigepflicht gegenüber den Angehörigen besonders wichtig waren, um ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis zu installieren. Für die Patienten und ihre Partner war es wichtig, dass diese Untersuchung im Rahmen eines Forschungsvorhabens des Institutes für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin stattfand und somit zu jeder Zeit auch eine Schweigepflicht gegenüber der behandelnden Institution und des medizinischen Personals bestand (*Anhang II*).

Die Erhöhung der Compliance bezüglich der Befragung konnte durch die Kurzdarstellung meines beruflichen Hintergrundes als Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin erreicht werden.

Mit den Partnern wurden -getrennt von den Patienten- Termine für das Interview vereinbart und ein Befragungsort nach den Wünschen der Angehörigen gewählt (in der medizinischen Einrichtung, zuhause oder an einem neutralen Ort).

Die Teilnehmer wurden über den Untersuchungshintergrund aufgeklärt, über die Schweigepflicht und die Einhaltung des Datenschutzes sehr genau informiert.

Sehr wichtig und notwendig für die Untersuchung waren ein offenes und angstfreies Klima in der Befragungssituation sowie die glaubwürdige Vermittlung der Unabhängigkeit des Unter-

suchers von der medizinischen Einrichtung. Zudem bestand immer die Möglichkeit, sich mit Fragen, Befürchtungen oder Anmerkungen an den Versuchsleiter zu wenden.

#### IV.1.2 Durchführung der Untersuchung

Das Interview fand durchgehend in einem Einzelsetting statt und dauerte durchschnittlich zwischen 60 und 90 Minuten. Nur wenige Teilnehmer benötigten mehr als 100 Minuten, in wenigen Fällen wurde der Termin aufgrund der hohen Anstrengung geteilt. Mit den Angehörigen wurden -getrennt von den Patienten- Termine für das Interview vereinbart und ein Befragungsort nach den Wünschen der Teilnehmer ausgewählt (in der medizinischen Einrichtung, zuhause oder an einem neutralen Ort). Zu Beginn jedes Kontaktes erhielten die Personen in ihrem Beisein eine Code-Nummer, sodass keine Identifizierungsmöglichkeit für Dritte bestand. Diese Codierung wurde auch für die Fragebögen beibehalten, sodass bei Verlust der Bögen keine Zuordnung zu den Teilnehmern möglich gewesen wäre. Im Anschluss an das halbstandardisierte Interview wurden die Beteiligten gebeten, im Laufe der nächsten Tage selbstständig eine Testbatterie zu bearbeiten. Für die Übergabe, eventuelle Rückfragen und Anmerkungen wurde ein weiterer Kurztermin eingeplant.

Die Patienten sowie die Partner wurden ganz explizit darauf hingewiesen, dass es um ihre *subjektive Sicht* auf die Erkrankung und ihre Beziehung zu dem Angehörigen geht, sodass die Wahrscheinlichkeit der Absprache mit dem Partner sehr gering war. Zudem war es wichtig, eine strenge Trennung zwischen der Untersuchungsteilnahme und den Interessen der Klinik zu verdeutlichen, um die Tendenz der Beantwortung der Fragen im Sinne einer „Sozialen Erwünschtheit“ zu minimieren. Je nach Aufnahmezustand wurden die Patienten in Räumlichkeiten der Station oder in den Tageskliniken, die Partner in einigen Fällen auch zuhause oder in Einrichtungen auf dem Klinikgelände befragt (siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1: Übersicht über die Befragungsorte**

	PatientIn (n=46)		PartnerIn (n=46)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Station	28	60,9%	24	52,2%
Tagesklinik	18	39,1%	13	28,3%
zuhause	-	-	7	15,2%
neutraler Ort	-	-	2	4,3%

#### IV.1.3 Anforderungen an die Untersuchungsteilnehmer

Es handelt sich um eine nicht randomisierte Stichprobe, deren Ein- und Ausschlusskriterien im Vorfeld festgelegt und inhaltlich begründet werden können.



#### IV.1.3.1 Einschlusskriterien

- *Erstdiagnose* im Rahmen einer depressiven Erkrankung (nach ICD-10)
  - F32: Depressive Episode (leichte, mittelgradige, schwere Episode ohne gegenwärtige psychotische Symptome)
  - F33: Rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig leichte, mittelgradige, schwere Episode ohne psychotische Symptome)
  - F31: Bipolare affektive Störung (gegenwärtig hypomanische, mittelgradige oder leichte depressive Episode, schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome)
- Patient ist ansprechbar und stabilisiert (Rücksprache mit Behandler und/oder Pflegepersonal)
- Gutes Verstehen der deutschen Sprache;
- Unterzeichnung der Einverständniserklärung zur Befragung und Belehrung zum Datenschutz
- Einverständnis zur Kontaktaufnahme und Befragung des nächsten Angehörigen (Partner, Eltern, erwachsene Kinder, Geschwister)
- Es besteht *regelmäßiger* Kontakt zu einem Angehörigen, sodass eine Einschätzung der Situation erfolgen kann.

#### IV.1.3.2 Ausschlusskriterien

- Erstdiagnose im Rahmen folgender Erkrankungen (ICD-10):
  - F31: Bipolare affektive Störung (gegenwärtig *manische Episode*)
  - F32: Depressive Episode (gegenwärtig *mit psychotischen Symptomen*)
  - F33: Rezidivierende depressive Störung (*mit psychotischen Symptomen*)
- Psychotische Symptomatik vor Befragung (Rücksprache mit Pflegepersonal)
- Abhängigkeit oder relevanter Substanzmissbrauch in den letzten 3 Monaten (bei Patienten)
- Aktuelle Trennungssituation, die eine Befragung zur Beziehungssituation zu belastend und unethisch erscheinen lässt
- Frühzeitige Ablehnung einer Angehörigenbefragung
- Kein Kontakt zu einem Angehörigen (z.B. Betreutes Wohnen; kein Kontakt zu Partner, Eltern, Kindern, Geschwistern)

## IV.2 Erhebungsinstrumente

Den Kernpunkt der *qualitativen Datengewinnung* bildete das halbstrukturierte Interview, das in seinen Formulierungen getrennt auf Patienten und Partner abgestimmt und formuliert wurde. Hier bestand die Möglichkeit, die Fragen für beide Teilstichproben vergleichbar zu gestalten sowie unabhängige gegenseitige Einzuschätzungen vorzunehmen. Aufgrund der besonderen Bedeutung dieses Interviews für die Beantwortung der inhaltlichen Fragestellungen, soll der Leitfaden ausführlich dargestellt werden (siehe auch *Anhang III*).

An diesen Teil schließt sich die Darstellung der Erhebungsinstrumente an, die eine *quantitative Auswertung* ermöglichen.

Die Abbildung 11 fasst die eingesetzten Untersuchungsinstrumente und den durchschnittlichen Zeitaufwand in einer Übersicht zusammen.

### IV.2.1 Das semistrukturierte Interview

Zuerst wurden persönliche Daten und Angaben zur aktuellen Lebenssituation erfasst. Dazu gehörten auch Angaben über im Haushalt lebende Kinder und mögliche Besonderheiten in der Erziehung oder in der Familie. Wichtig erschien zudem, psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie zu erfassen und den Umgang damit beschreiben zu lassen.

Es folgten Fragen zur Diagnose, zur Erkrankungsdauer und –häufigkeit, zur Bewertung der Diagnose sowie zu eigenen Überlegungen bezüglich der Erkrankung (angenommene Häufigkeit in der Bevölkerung, antizipierte Hauptursache(n), deren Zuschreibung(en) und der vermuteten oder erfragten Meinung des Arztes. Daneben wurden Gedanken und Gefühle zu Themen der Erkrankung exploriert und in der *Originalaussage* notiert. Um den Teilnehmern die Beantwortung zu erleichtern, wurde sehr häufig die Technik der „begonnenen Sätze“ verwendet.

Beispiel:

Satzbeginn: „Da habe ich *zuerst* gedacht.....“

Antwort (wörtlich notiert): „Woher kommt denn das?“, „Warum gerade ich?“

Der nächste Teil umfasst ein vierfach gestuftes Screening (trifft sehr zu, trifft etwas zu, trifft kaum zu, trifft nicht zu), bei dem vorgegebenen Aussagen bezüglich der persönlichen Wahrnehmung und Erfahrungen eingeschätzt werden sollen. Diese Items beinhalten Fragen zur Bedeutung und zum Umgang mit der Diagnose, zur eigenen Befindlichkeit sowie zur Bewertung des Partner- und Familienverhaltens. Beispielsweise wird die Frage danach, ob der Partner selbst schon an einer psychischen Erkrankung gelitten hat, so formuliert, dass ein Vergleich möglich wird.

Beispiel:

Die Patienten bewerten die Aussage: „Mein(e) PartnerIn hat selbst schon unter einer psychischen Erkrankung gelitten“, für die Partner wird das Item formuliert: „Ich habe selbst schon unter einer psychischen Erkrankung gelitten“.

Die zu bewertenden Aussagen: „*Die genaue Bezeichnung der Erkrankung ist mir sehr wichtig*“ oder „*Mein(e) PartnerIn kann die Diagnose gut annehmen*“ sind für beide Teilnehmergruppen identisch. Bewertet werden ferner Aussagen zum Ausmaß an Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Scham- und Schuldgefühlen („*Ich persönlich fühle mich eher hilflos*“; „*Ich glaube, dass sich mein(e) PartnerIn eher hoffnungslos fühlt*“), persönliche Befindlichkeiten („*Ich schäme mich wegen der Erkrankung*“; „*Vielleicht hätte ich mich mehr anstrengen müssen*“ bzw. „*Vielleicht hätte mein(e)*

PartnerIn sich mehr anstrengen müssen“) und Hypothesen über die Sicht der/des Partnerin/ Partners („*Vielleicht müsste mein(e) PartnerIn mehr Forderungen an mich stellen*“; „*Ich habe ein Problem damit, anderen Menschen die Diagnose mitzuteilen*“).

Die einfach strukturierten Aussagen zu Beginn der Befragung erhöhen die Compliance der Untersuchungsteilnehmer sowie ihre Selbstwirksamkeitserwartung, das Interview zu bewältigen. Zudem werden Übereinstimmungen und Unterschiede schnell sichtbar. Oftmals werden hier schon freie Erzählungen eingefügt, die dann nicht nochmals explizit ausformuliert werden müssen, sondern an der entsprechenden Stelle im Protokoll vermerkt werden. Für Fragen nach der eigenen Sicht auf komplexe Zusammenhänge (zum Beispiel die Rolle innerhalb der Partnerschaft oder Familie) wurde das Instrument der „begonnenen Sätze“ (in Anlehnung an den „Satzergänzungstest“) ausgewählt („*Ich glaube, dass die Stärke unserer Familie darin liegt, dass.....*“; „*In unserer Familie bin ich Derjenige/Diejenige, der/die....*“; „*In unserer Familie ist mein(e) Partner(in) Derjenige/Diejenige, der/die....*“; „*Ich mache mir Sorgen darüber, dass...*“). Dieses halbstrukturiert offene Vorgehen ermöglicht dem Befragten größere Verbalisierungschancen (Haußer, 1982).

Einige Fragen, zum Beispiel nach den kurz- und langfristigen Therapie- und Behandlungszielen wurden offen beantwortet und in der Zusammenfassung inhaltsanalytisch kategorisiert. Das Kategoriensystem wurde aus der Untersuchung „Ziele von Psychotherapiepatienten“ von Faller, Gossler & Lang (1998) übernommen. Dabei fanden die Autoren 6 Ziele, die sich auf Beschwerden, Symptome, Probleme (Defizite) beziehen sowie 12 positiv formulierte Ziele, die sich auf die Erreichung eines wünschenswerten Zustandes beziehen.

Tabelle 2 zeigt die inhaltsanalytischen Kategorien sowie die von den Autoren gefundenen Häufigkeiten unter Angabe von Cohen`s Kappa in zwei Phasen der Kategorienkonstruktion (S.261).

**Tabelle 2: Ziele von Psychotherapiepatienten (n=198). Faller, H. et al.(1998). Gesundheitsvorstellungen bei Psychotherapiepatienten.**

In: Flick, U. (Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? S. 257-267.

		Kappa	Kappa	Häufigkeit(%)
	Text	41-80	81-120	1-198
Z 01	unspezifisch Gesundheit erlangen	1.00	1.00	12.6
Z 02	körperliche Beschwerden bessern	.72	.64	14.6
Z 03	depressive Beschwerden bessern	.84	.59	11.6
Z 04	Angst bewältigen	.83	.94	28.8
Z 05	Sucht/Esstörung beheben	.83	1.00	9.6
Z 06	Probleme bewältigen	.26	.55	22.2
Z 07	Selbstvertrauen stärken	.88	.82	26.8
Z 08	mit sich in Einklang kommen	.55	.66	12.6
Z 09	sich selbst erkennen	.53	.77	10.1
Z 10	Gefühle ausdrücken, zulassen	.38	1.00	4.0
Z 11	Ruhe / Gelassenheit finden	.77	.73	20.7
Z 12	Lebensfreude / Glück / Zufriedenheit erlangen	.65	.82	27.3
Z 13	Freiheit / Selbstbestimmung erlangen	.61	.75	18.2
Z 14	sonstige Ziele erreichen (Restkategorie)	-.05	.46	7.1
Z 15	Kontaktfähigkeit verbessern	.80	.38	12.1
Z 16	Familiäre Situation / Partnerbeziehung verbessern	.84	.70	24.2
Z 17	berufliche Ziele verwirklichen	.84	.93	16.2
Z 18	Gefühle regulieren	-	1.00	5.6

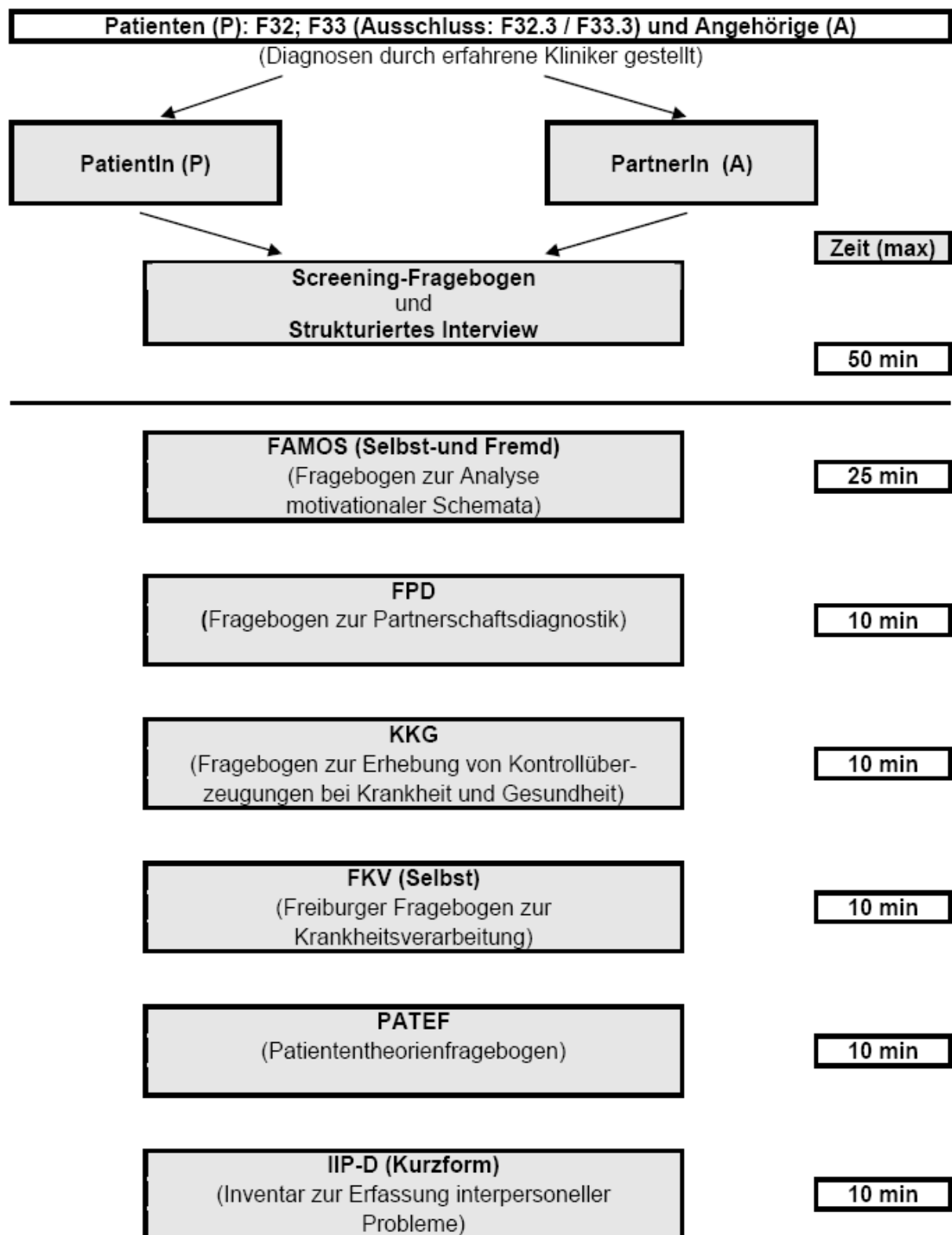


Abbildung 11: Schematische Darstellung der Untersuchungsinstrumente und der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer

### **IV.2.2 Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata – FAMOS (Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K., 2002)**

Dieser Fragebogen erfasst motivationale Ziele von Psychotherapiepatienten in Forschung und Praxis im Sinne zentraler Komponenten motivationaler Schemata. Das zentrale Konzept des Fragebogens ist die Konsistenztheorie (Grawe, 1998), die sich als eine Weiterentwicklung der Schematheorie (Grawe, 1986; Grawe, Donati & Bernauer, 1994) versteht und davon ausgeht, dass sich bei jedem Menschen entwicklungsgeschichtlich motivationale Schemata ausbilden. Die Iteminhalte wurden aus plan- und schemaanalytischen Fallkonzeptionen gewonnen und mit insgesamt 94 Items erfasst. Die motivationalen Ziele werden als Annäherungs- und Vermeidungsziele operationalisiert. Der Fragebogen eröffnet dadurch auch die Möglichkeit, personale Ressourcen zu erkennen und perspektivisch nutzbar zu machen.

Die *Annäherungsziele* werden auf 14 Skalen erfasst und beinhalten:

1. Intimität und Bindung; 2. Affiliation und Geselligkeit; 3. Altruismus; 4. Hilfe; 5. Anerkennung und Bestätigung; 6. Status; 7. Autonomie; 8. Leistung; 9. Kontrolle; 10. Bildung und Verstehen; 11. Glauben und Sinn; 13. Abwechslung; 14. Selbstvertrauen und Selbstbelohnung.

Die *Vermeidungsziele* umfassen auf 9 Skalen folgende Komponenten: 1. Alleinsein und Trennung; 2. Geringschätzung; 3. Erniedrigung und Blamage; 4. Vorwürfe und Kritik; 5. Abhängigkeit und Autonomieverlust; 6. Verletzungen und Spannungen; 7. Schwäche und Kontrollverlust; 8. Hilflosigkeit; 9. Versagen.

Die Normierung wurde an Selbstbeschreibungen von 417 Psychotherapiepatienten, 1087 „normalen“ Vergleichspersonen sowie 210 Studierenden vorgenommen und zudem T-Wert-Normen berechnet. Patienten unterschieden sich erwartungsgemäß bezüglich der FAMOS-Werte von Normalpersonen. In korrelativen Untersuchungen ergaben sich ferner differentielle Zusammenhänge der FAMOS-Skalen mit verschiedenen Maßen des Wohlbefindens, psychischen Problemen und Persönlichkeitseigenschaften (Gültigkeit). Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen (Zuverlässigkeit) variiert in der Selbstbeurteilung zwischen  $\alpha = .58$  und  $\alpha = .92$  bei Patienten, bei Normalpersonen zwischen  $\alpha = .49$  und  $\alpha = .87$ . Die Bearbeitungsdauer liegt zwischen 10 und 15 Minuten. Für diese Untersuchung wurde der FAMOS einmal zur Selbsteinschätzung und als Fremdbeurteilungsinstrument zur Einschätzung des Partners genutzt. Dazu wurde die Anleitung entsprechend modifiziert (*Anhang X*).

### IV.2.3 Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik – FPD (Hahlweg, K., 1996)

Diese Fragebögen umfassen mehrere Instrumente (Partnerschaftsfragebogen, Problemliste, Lebensgeschichte der Partnerschaft). Für diese Untersuchung interessiert der Partnerschaftsfragebogen (PFB), mit dem die partnerschaftliche Qualität erfasst werden soll. Dieser Fragebogen besteht aus 30 Items sowie einem Item zur globalen Glückseinschätzung. Die Werte können 3 Skalen zugeordnet werden: Streitverhalten, Zärtlichkeit und Kommunikation. Die Normierung wurde an 532 Personen vorgenommen, davon 235 zufriedene Partner sowie 299 Partner in Eheberatung. Die Zuverlässigkeit liegt zwischen  $r = .88$  und  $r = .95$ , der PFB besitzt eine gute diskriminative und prognostische Validität (*Anhang XI*).

Die Bearbeitungsdauer für den Partnerschaftsfragebogen beträgt zwischen 5 und 10 Minuten. Ein zusätzliches Item erfragt die augenblickliche Partnerschaftszufriedenheit in fünffacher Abstufung („Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft *im Augenblick* einschätzen?“). Für diese Untersuchung wurde ein weiteres 5stufiges Item entwickelt („Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft *vor der Erkrankung* einschätzen?“), um Unterschiede in der Einschätzung sichtbarer zu machen.

### IV.2.4 Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit – KKG (Lohaus, A. & Schmitt, G. M., 1989)

Das Verfahren eignet sich zur Verwendung im Bereich der Krankheitsprophylaxe und der Compliance, im Rahmen von Diagnostik und Intervention in der klinischen Praxis sowie bei Fragestellungen in gesundheits- und krankheitsbezogenen Forschungsprojekten. Das zugrunde gelegte Konzept der Kontrollüberzeugungen basiert ursprünglich auf der Sozialen Lerntheorie von Rotter („locus of control of reinforcement“). Dabei werden Kontrollüberzeugungen als lebensgeschichtlich erworbene und generalisierte Erwartungshaltungen verstanden. In diesem Testverfahren werden drei wesentliche gesundheits- und krankheitsbezogene Kontrollüberzeugungen unterschieden:

*Internalität:* Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit durch die eigene Person kontrollierbar sind.

*Soziale Externalität:* Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit durch andere Personen (Ärzte, Pflegepersonal, Bezugspersonen) kontrollierbar sind.

*Fatalistische Externalität:* Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit nicht kontrollierbar, sondern zufalls- und schicksalsabhängig sind.

Jede der drei Dimensionen wird mit 7 Items (sechsfach gestufte Likert-Skalen) erfasst. Die Normierung wurde an 1092 Jugendlichen und 420 Erwachsenen über 20 Jahren vorgenom-

men. Die internen Konsistenzen (Zuverlässigkeit) der einzelnen Unterskalen liegen zwischen  $r = .64$  und  $r = .74$ , die Retest-Reliabilitäten (nach 2 Wochen) zwischen  $r = .66$  und  $r = .78$ . Die drei Unterskalen korrelieren nur gering miteinander, die theoretisch postulierte Skalenstruktur wurde faktorenanalytisch bestätigt. Eine Vielzahl signifikanter Bezüge zu Außenkriterien belegen eine hinreichende kriterienbezogene Validität (Gültigkeit) des Instrumentes. Die Bearbeitungszeit liegt bei etwa 10 Minuten. Zur besseren Übersichtlichkeit für die Untersuchungsteilnehmer wurden die Items umgepolt. So erhielt beispielsweise die Aussage „trifft sehr zu“ den Höchstzahlenwert 6 (vorher 1), die Abstufung „trifft gar nicht zu“ den Wert 1 (*Anhang XIII*).

#### **IV.2.5 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – FKV (Muthny, F. A., 1989)**

Der Fragebogen erfasst ein breites Spektrum an Krankheitsverarbeitungsmodi auf den Ebenen von Kognition, Emotion und Verhalten. Durch die variablen Instruktionen lässt sich dieser Fragebogen dem Untersuchungsgegenstand anpassen, auch wenn er ursprünglich vor allem bei körperlich und chronisch Erkrankten angewendet wurde. Der FKV liegt in einer Langform (102 Items und 12 Skalen) sowie in zwei Kurzformen zur Selbst- und Fremdeinschätzung (35 Items und 5 Skalen) vor. Für diese Untersuchung wurden die Kurzform (35 Items) sowie die Einschätzung „Was hat Ihnen am meisten geholfen, um damit fertig zu werden?“ ausgewählt. Dabei werden folgende Krankheitsverarbeitungsmodi in Skalen (Kurzform) erfasst:

Depressive Verarbeitung, Aktives problemorientiertes Coping, Ablenkung und Selbstaufbau, Religiosität und Sinnsuche, Bagatellisierung und Wunschdenken.

Für die Hauptskalen der Langversion des FKV liegen die internen Konsistenzen (Zuverlässigkeit) über  $r = .80$ , in den Kurzformen zwischen  $r = .68$  und  $r = .77$ . Die Konstruktvalidität (Gültigkeit) ist durch die faktorenanalytische Skalenbildung an verschiedenen Patientengruppen weitgehend gewährleistet. Die Schwierigkeiten bei der kriterienbezogenen Validität werden von Muthny in der Gesamtproblematik der eindeutigen konzeptionellen Beschreibung von „Krankheitsverarbeitung“ gesehen. Die Bearbeitungszeit beträgt für die Kurzform etwa 5 bis 15 Minuten (*Anhang XIV*).

#### **IV.2.6 Patiententheorienfragebogen – PATEF (Zenz, H., Bischoff, C., Hrabal, V., 1996)**

Der Fragebogen erfasst die (Laien-) Theorien, die Patienten hinsichtlich der Verursachung ihrer Beschwerden haben und soll ihm die Möglichkeit geben, die Umstände, die zur Erkrankung geführt haben können, zu benennen, wobei diese Benennungen in das „Cartesiani-



sche“ Weltbild der Medizin eingeordnet werden. Das „Cartesianische“ Weltbild unterscheidet Krankheitsursachen nach: äußerlich oder innerlich, physisch oder psychisch, durch eigenes oder fremdes Handeln verursacht. Die Angaben der Patienten werden dementsprechend fünf globalen Konzepten zugeordnet (Zenz, 1996, S. 9):

1. Die Krankheit ist psychosozial bedingt durch einen Sachverhalt in Form einer äußeren Einwirkung (PSA: psychosozial außen).
2. Die Krankheit ist bedingt durch einen psychosozialen Sachverhalt in Form der eigenen inneren Persönlichkeitsdisposition (PSI: psychosozial innen).
3. Die Krankheit ist bedingt durch einen spezifischen Umgang mit dem eigenen Körper im Sinne unangemessenen Gesundheitsverhaltens (GESV: Gesundheitsverhalten).
4. Die Krankheit ist bedingt durch einen naturalistischen Sachverhalt in Form eines äußeren Umstandes (NTA: naturalistisch außen).
5. Die Krankheit ist bedingt durch einen naturalistischen Sachverhalt aufgrund der eigenen inneren körperlichen Verfassung (NTI: naturalistisch innen).

Das Verfahren erlaubt zudem eine Aussage darüber, inwieweit sich der Patient gedanklich mit den Ursachen seiner Erkrankung beschäftigt, ein Gesamtwert kann dazu berechnet werden. Insgesamt bietet dieses Verfahren ein sehr breites Anwendungs- und Interpretationsspektrum.

Die Normierung wurde ursprünglich an 236 Patienten -143 Frauen und 88 Männern- vorgenommen und weist eine interne Konsistenz der Skalen (Zuverlässigkeit) zwischen  $r = .72$  und  $r = .93$  (Cronbachs Alpha) auf. Die Gültigkeit ergibt sich aufgrund der faktorenanalytischen Konstruktion und zahlreicher Untersuchungen mit verschiedenen Patientengruppen.

Die Bearbeitungsdauer beträgt zwischen 10 und 15 Minuten (*Anhang XVI*).

#### **IV.2.7 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – IIP-D (Deutsche Version: Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H., 2000)**

Dieser Fragebogen dient zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme. Darunter sind Probleme im Umgang mit anderen Menschen zu verstehen. Das IIP wurde primär für den Einsatz im klinischen Kontext konzipiert und erlaubt eine differenzierte Diagnostik. Das Inventar liegt sowohl in einer Lang- als auch in einer Kurzform vor. Für diese Untersuchung wurde die Kurzform ausgewählt. Die Auswertung kann über 8 faktorenanalytisch gebildete Skalen erfolgen, die dem Oktanten des interpersonalen Kreismodells entsprechen. Daneben

kann ein Gesamtwert errechnet werden, der das Ausmaß der interpersonalen Problematik abbildet.

Erfragt werden interpersonale Verhaltensweisen, die der Person *schwer fallen* und solche, die ein Proband *im Übermaß* zeigt. Dabei werden die Ausprägungsgrade (Lage auf einem Kontinuum: wenig bis stark ausgeprägt) in 8 Bereichen dargestellt:

- PA: autokratisch / dominant (kontrollierend; manipulierend)
- BC: streitsüchtig / konkurrierend (misstrauisch)
- DE: abweisend / kalt (Schwierigkeiten, Gefühle zu zeigen)
- FG: introvertiert / sozial vermeidend (Angst und Scheu vor anderen)
- HI: selbstunsicher / unterwürfig (Probleme, eigene Bedürfnisse zu zeigen; sich abzugrenzen)
- JK: ausnutzbar / nachgiebig (Angst, andere zu verletzen; zu leichtgläubig)
- LM: fürsorglich / freundlich (anderen zu sehr gefallen wollen; sich zu sehr von den Problemen anderer leiten lassen)
- NO: expressiv / aufdringlich (vor anderen nichts geheim halten können; zu offen und zu gesprächig sein)

Der Fragebogen wurde in der hier vorliegenden 2. überarbeiteten Auflage an 3047 Versuchspersonen der Altersklassen 18 bis 90 Jahren repräsentativ normiert. Zudem liegen Stanine-Werte einer gemischten Population (Psychotherapiepatienten: N= 506; Rehabilitanten nach Herzerkrankungen: N= 368; Studenten: N= 461) vor. Die Retest-Reliabilitäten (Zuverlässigkeit) liegen zwischen  $r = .81$  und  $r = .90$ . Für die deutsche Version liegen viele Validierungsstudien vor, die ergaben, dass das Instrument klinische Gruppen differenziert und sich zur Indikationsstellung bzw. Prognose in verschiedenen Formen der Psychotherapie eignet. Es gilt als gesichert, dass die erhobene interpersonale Problematik mit anderen klinischen Merkmalen und Konstrukten (Bindungsstile und Personenschemata) korreliert. Die Bearbeitungsdauer liegt für die Kurzform bei etwa 10 Minuten (*Anhang XVIII*).

#### IV.2.8 Integrierte Befunde

Die Patienten der Stichprobe waren durch erfahrene Kliniker (Psychiater, Psychologische Psychotherapeuten) bereits diagnostiziert und in Behandlungsgruppen für affektive Störungen eingeteilt. Somit lagen zum Untersuchungszeitpunkt Werte des *BDI* (Beck-Depressions-Inventar) und *HAMD* (Hamilton Depression Skale) vor. Zudem konnte davon ausgegangen werden, dass die Patienten ansprechbar und für die Untersuchung aufnahmefähig waren.

Die Werte des BDI und HAMD wurden –das Einverständnis vorausgesetzt- aus den Patientenakten übernommen.

#### IV.2.8.1 Beck-Depressions-Inventar

Das Inventar ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik und in vielfältigen klinischen Zusammenhängen erprobt. Es setzt sich aus 21 Items zusammen, die verschiedene Bereiche der depressiven Erkrankung abbilden (Stimmung, Schuldgefühle, Suizidimpulse, Weinen, Appetitverlust, Schlafstörungen) und als ausreichend zuverlässig (interne Konsistenz: zwischen  $r = .73$  und  $r = .95$ ) und gültig ( $r = .76$ ) betrachtet werden kann. Die deutschen Normwerte wurden an einer klinischen Stichprobe depressiver Patienten ( $N=477$ ) erstellt. Dabei werden Werte über 17 als Hinweis auf eine depressive Verstimmung, Werte über 26 als Hinweis auf eine schwere Depression gewertet. Die Bearbeitungsdauer beträgt in der Regel maximal 10 Minuten.

#### IV.2.8.2 Hamilton Depression Scale (HAMD)

Die Hamilton-Skala ist ebenfalls ein Instrument zur Ermittlung der Schwere einer depressiven Störung und besteht aus 24 Fragen, bei denen der Untersucher (nicht der Patient) auf einer Punktskala von 0-4 die Ausprägung bestimmter Symptome beurteilt (Schuldgefühle, Schlafstörungen, Gewichtsveränderungen, Suizidalität, Hypochondrie). Ein Zahlenwert von 15-18 Punkten wird als milde bis mittelschwere Depression gewertet, schwer depressive Patienten erreichen Werte über 25 Punkte und weit darüber.

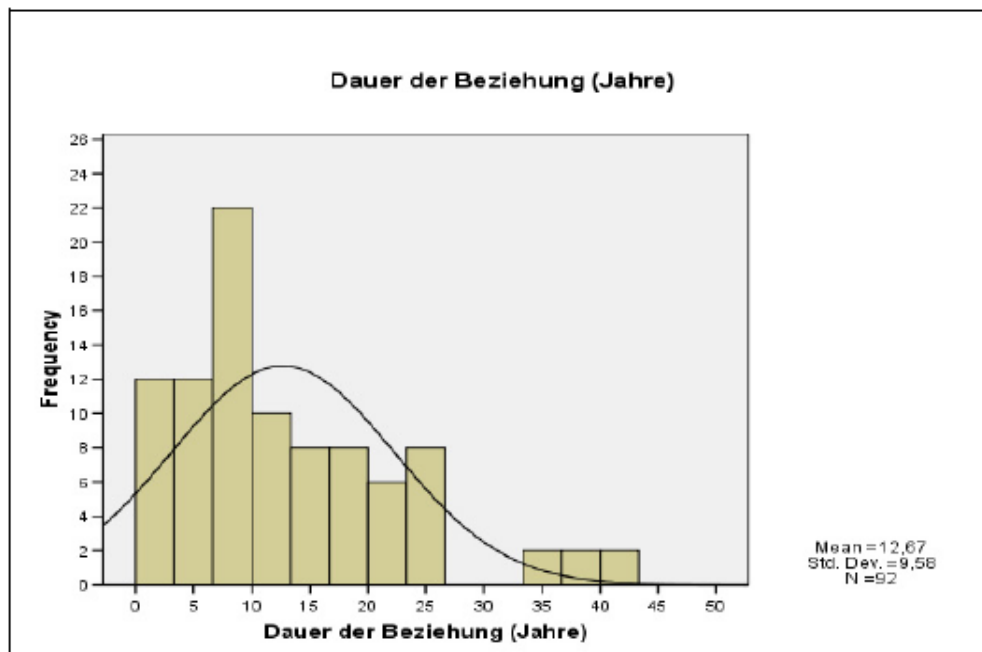
### IV.3 Beschreibung der Untersuchungsstichprobe

An der Untersuchung nahmen insgesamt 102 Personen teil. Davon sind 54 Personen weiblich (48 Personen männlich). Im Rahmen der Untersuchung wurden auch die Kombinationen Mutter-PatientIn (2), PatientIn-Mutter (2), Sohn-PatientIn (1), PatientIn-Sohn (1), Tochter-PatientIn (2) sowie PatientIn-Tochter (2) erhoben.

Da diese Kombinationen keine eigene Stichprobe bildeten, wurden sie nicht in die statistische Auswertung einbezogen.

In die Hauptauswertung gingen 46 Patienten und 46 dazugehörige Partner ein. Es gab es nur sehr wenige Patienten, bei denen die Symptomatik zu einem Abbruch der Versuchsteilnahme führte oder schon im Vorgespräch als nicht vertretbar eingeschätzt werden musste. Daher ergaben sich für die soziodemografische Zuordnung der Untersuchungsteilnehmer folgende Daten: Die Personen der Untersuchungsstichprobe ( $n=92$ ) sind durchschnittlich 45,83 Jahre alt ( $SD=7,958$ ), wobei der jüngste Teilnehmer 23 Jahre, der älteste 69 Jahre alt

sind. Häufigkeitsgipfel in der Verteilung finden sich bei 43 und 46 (jeweils 9 Teilnehmer) sowie bei 45 Lebensjahren (8 Teilnehmer). Die Arbeitslosigkeit beträgt insgesamt 19,3%, nur 4 Personen beziehen eine Erwerbsunfähigkeitsrente, 3 Teilnehmer sind Altersrentner, 2 Personen haben einen Rentenanspruch gestellt. Die Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer hat die 10.Klasse abgeschlossen (72,8%). 23,9% haben das Abitur abgelegt. In der Fortsetzung haben 58,7% der Teilnehmer eine Lehrausbildung absolviert, 26,1% haben die Fach-, 10,9% die Hochschule besucht.



**Abbildung 12: Darstellung der Beziehungsdauer aller Teilnehmer (n=92) an der Normalverteilungskurve**

Die Beziehungsdauer beträgt durchschnittlich 12,67 Jahre ( $SD=9,58$ ;  $Median:9,5$ ). Die kürzeste Beziehungsdauer liegt bei 1 Jahr, die längste Beziehung besteht seit 43 Jahren. Die häufigste Dauer liegt bei 8 Jahren und betrifft 12 Personen (siehe Abbildung 12). 65,2% der Untersuchungsteilnehmer sind verheiratet, 30,4% leben zusammen. 4,3% führen eine Beziehung und leben nicht in einer gemeinsamen Wohnung. 51,1% der Teilnehmer sind (mindestens) schon einmal geschieden, 2,2% sind verwitwet. 12% haben keine Kinder, die meisten haben 1 Kind (41,3%) oder 2 Kinder (37,0%).

Innerhalb der Gesamtstichprobe sind statistisch die meisten Personen in kaufmännischen (19,6%), 17,4% sind in handwerklichen Berufen beschäftigt und 15,2% sind im sozialen Bereich angestellt.

Tabelle 3: Soziodemografische Beschreibung der Gesamtstichprobe (n=92)

	Gesamt		Patienten		Partner	
<b>Alter</b>	MW= 45,83 SD = 7,958		MW= 45,07 SD = 7,847		MW= 46,59 SD = 8,082	
	N	(%)*	N	(%)*	N	(%)*
<b>Geschlecht</b>						
männlich	46	(50)	12	(26,1)	34	(73,9)
weiblich	46	(50)	34	(73,9)	12	(26,1)
<b>Familienstand (jetzt)</b>						
zusammen lebend	28	(30,4)	14	(30,4)	14	(30,4)
nicht gemeinsam lebend	4	(4,3)	2	(4,3)	2	(4,3)
verheiratet	60	(65,2)	30	(65,2)	30	(65,2)
<b>Familienstand (früher)</b>						
verheiratet	34	(37,0)	18	(39,1)	16	(34,8)
geschieden	47	(51,1)	24	(52,2)	23	(50,0)
zusammen lebend	2	(2,2)	-	-	2	(4,3)
ledig	7	(7,6)	3	(6,5)	4	(8,7)
verwitwet	2	(2,2)	1	(2,2)	1	(2,2)
<b>Kinder (Anzahl)</b>						
Keine Kinder	11	(12,0)	5	(10,9)	6	(13,0)
1 Kind	38	(41,3)	19	(41,3)	19	(41,3)
2 Kinder	34	(37,0)	16	(34,8)	18	(39,1)
3 Kinder	7	(7,6)	5	(10,9)	2	(4,3)
4 Kinder	2	(2,2)	1	(2,2)	1	(2,2)
<b>Dauer der Beziehung</b>	MW= 12,67 SD = 9,58		MW= 12,67 SD= 9,633		MW= 12,67 SD= 9,633	
<b>Schulbildung</b>						
8.Klasse	3	(3,3)	3	(6,5)	-	-
10.Klasse	67	(72,8)	34	(73,9)	33	(71,7)
Abitur	22	(23,9)	9	(19,6)	13	(28,3)
<b>Fortgesetzte Ausbildung</b>						
keine	2	(2,2)	2	(4,3)	-	-
Lehrausbildung	54	(58,7)	27	(58,7)	27	(58,7)
Fach(hoch)schule	24	(26,1)	11	(23,9)	13	(28,3)
Hochschule	10	(10,3)	4	(8,7)	6	(13,0)
Promotion	2	(2,2)	2	(4,3)	-	-
<b>Rentenstatus</b>						
Altersrente	3	(3,3)	1	(2,2)	2	(4,3)
EU-/BU-Rente	9	(9,8)	5	(10,9)	4	(8,7)
Keine Rente	77	(83,7)	38	(82,6)	39	(84,8)
Teilrente	1	(1,1)	-	-	1	(2,2)
Rentantrag gestellt	2	(2,2)	2	(4,3)	-	-
<b>Berufsgruppen</b>						
Arbeiter/Handwerk	16	(17,4)	3	(6,5)	13	(28,3)
Sozialer Bereich	14	(15,2)	7	(15,2)	7	(15,2)
Kaufmännischer Bereich	18	(19,6)	8	(17,4)	10	(21,7)
arbeitslos	18	(19,6)	15	(32,6)	3	(6,5)
kein Beruf	7	(7,6)	5	(10,9)	2	(4,3)
Ingenieur	9	(9,8)	2	(4,3)	7	(15,2)
Selbstständiger	6	(6,5)	2	(4,3)	4	(8,7)
ABM	3	(3,3)	3	(6,5)	-	-
Berufliche Reha	1	(1,1)	1	(2,2)	-	-

\* Prozentangaben beziehen sich auf die Geschlechtergruppen

### IV.3.1 Die Teilstichproben

An der Patientenuntersuchung nahmen 12 Männer (26,1%) und 34 Frauen (73,9%) teil. Die Patienten (46 Teilnehmer) sind durchschnittlich 45,07 Jahre alt ( $SD=7,847$ ),

der jüngste Teilnehmer ist 23 Jahre alt, der älteste 68 Jahre alt (*Median: 43,5*).

Die Männer sind durchschnittlich 48,83 ( $SD=7,65$ ) Jahre alt, die Frauen sind mit durchschnittlich 43,74 ( $SD=7,58$ ) Jahren jünger. Die Gruppe der Partner ist durchschnittlich 46,59 Jahre alt ( $SD=8,082$ ), der jüngste Teilnehmer 26 Jahre alt, der älteste 69 Jahre alt (*Median: 46,0*). Die männlichen Befragten sind durchschnittlich 47,41 ( $SD=8,23$ ) Jahre alt, die weiblichen Partner mit durchschnittlich 44,25 ( $SD=7,44$ ) Jahren etwas jünger. Weitere soziodemografische Parameter der Geschlechtergruppen befinden sich im Anhang (*Tabelle B.1*).

### IV.3.2 Diagnostische Beschreibung der Stichproben

Im Durchschnitt haben die Patienten 2 Diagnosen einer psychischen Kategorie (30,4%), das Maximum liegt bei 4 Diagnosen (6,5%). Die meisten Patienten haben eine Diagnose (39,1%). 3 Diagnosen wurden bei 23,9% der Patienten vergeben.

**Tabelle 4: Diagnosenzahl (nach ICD-10) der Patientenstichprobe (n=46)**

Patienten (n=46)		Diagnoseanzahl (psychische Erkrankung)			
		1	2	3	4
<b>männlich</b>	Häufigkeit	3	5	2	2
	% von Geschlecht	25,0%	41,7%	16,7%	16,7%
	%Diagnoseanzahl	16,7%	35,7%	18,2%	66,7%
	% gesamt	6,5%	10,9%	4,3%	4,3%
<b>weiblich</b>	Häufigkeit	15	9	9	1
	% von Geschlecht	44,1%	26,5%	26,5%	2,9%
	%Diagnoseanzahl	83,3%	64,3%	81,8%	33,3%
	% gesamt	32,6%	19,6%	19,6%	2,2%
<b>Gesamt</b>	Häufigkeit	18	14	11	3
	% von Geschlecht	39,1%	30,4%	23,9%	6,5%

Die häufigste vergebene Diagnose ist die rezidivierende depressive Störung einer gegenwärtig schweren Ausprägung (65,2% der Patienten). 15,2% der Patienten leiden an einer mittelgradigen depressiven Episode, bei 6,5% wurde eine rezidivierende depressive Störung eines mittleren Schweregrades diagnostiziert. Eine Übersicht der diagnostischen Zuordnung (Erst- und Zweitdiagnosen) der Stichprobe zeigen die folgenden Tabellen 5-7:

Tabelle 5: Hauptdiagnosen der Patientenstichprobe (n=46) nach ICD-10

Erstdiagnosen (Patienten)	Häufigkeit	Prozent
rezidivierende depressive Störung,ggw.schwer (F33.2)	30	65,2%
rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradig (F33.1)	3	6,5%
mittelgradige depressive Episode (F32.1)	7	15,2%
schwere depressive Episode (F32.2)	3	6,5%
bipolar, ggw. schwere depressive Episode (F31.4)	1	2,2%
bipolar,ggw.mittelgradige depr.Episode (F31.3)	1	2,2%
bipolar,ggw.hypomane Episode (F31.0)	1	2,2%

Tabelle 6: Zweitdiagnosen der Patientenstichprobe (n=46) nach ICD-10

Zweitdiagnosen (Patienten)	Häufigkeit	Prozent
Substanzmissbrauch (F10.2)	2	4,3%
gemischte schizoaffektive Störung,ggw.depressiv (F25.1)	1	2,2%
bipolare affektive Störung, ggw. depressiv (F31.4)	2	4,3%
Dysthymia (F34.1)	6	13,0%
Panikstörung (F41.0)	1	2,2%
Anpassungsstörung (F43.2)	1	2,2%
Somatisierungsstörung (F45.0)	5	10,9%
somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.32)	1	2,2%
anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)	5	10,9%
Neurasthenie	1	2,2%
Essattacken bei anderen psych. Störungen (F50.4)	1	2,2%
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)	1	2,2%

Tabelle 7: Drittdiagnosen der Patientenstichprobe (n=46) nach ICD-10

Drittdiagnosen (Patienten)	Häufigkeit	Prozent
Substanzmissbrauch (F10.2)	2	4,3%
Opiatabhängigkeit, abstinenter in der Klinik (F11.20)	1	2,2%
Somatisierungsstörung (F45.0)	2	4,3%
Hypochondrische Störung (F45.2)	1	2,2%
Essattacken bei anderen psych. Störungen (F50.4)	1	2,2%
Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)	2	4,3%
Psychosexuelle Entwicklungsstörung, n.n.b. (F66.9)	2	4,3%
Leichte Intelligenzminderung (Verdacht) (F70.1)	1	2,2%

Die durchschnittliche *Aufenthaltsdauer* der Patienten zum Zeitpunkt der Befragung beträgt 25 Tage (Mittelwert: 25,43; Median: 25,5;  $SD=9,335$ ). Die meisten Patienten (9 Patienten) sind 28 Tage in Behandlung, das Minimum beträgt 10 (1 Patient), das Maximum 56 Tage (1 Patient). Beim *Beck Depressions Inventar* erreichen die Patienten durchschnittlich 26,57 Punkte (Median: 24;  $SD=8,604$ ). Der Minimalwert beträgt 16, das Maximum liegt bei 50 Punkten. Die Fremdbeurteilung durch die *Hamilton-Skala* erreicht im Mittel 23,98 Punkte (Median: 24,50;  $SD=6,024$ ). Das Minimum beträgt 10 Punkte, der Maximalwert liegt bei 43 Punkten. Bei der *Erkrankungshäufigkeit* geben 43,5% der Patienten an, das zweite Mal erkrankt zu sein. 30,4% sind das dritte Mal in stationärer Behandlung, 17,4% das erste Mal. 4,3% sind viermal, jeweils 2,2% fünf- und zehnmal so erkrankt, dass eine stationäre Behandlung erforderlich wurde.

Die rezidivierende depressive Störung der schweren Ausprägung (F33.2) sowie die mittelgradige depressive Episode (F32.1) bilden die größten diagnostischen Kategorien innerhalb der Stichprobe. Bei 3 Patienten (6,5%) wurde eine rezidivierende depressive Störung mittlerer Ausprägung (F33.1) sowie bei weiteren 3 Patienten eine Erstmanifestation der schweren depressiven Episode (F32.2) diagnostiziert.

3 Patienten erscheinen depressiv auf dem Hintergrund einer bipolaren Erkrankung. Bei den männlichen Partnern leiden 4 Personen selbst an einer diagnostizierten psychischen Erkrankung. Bei den weiblichen Partnern gibt nur eine Person an, in der Vergangenheit selbst behandlungsbedürftig erkrankt zu sein.

Die Unterschiede in der diagnostischen Zuordnung von männlichen und weiblichen Patienten nach dem ICD-10 zeigen die Tabellen 8 und 9. Während bei den weiblichen Patienten die rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Ausprägung (F33.2) im Vordergrund steht (86,7% dieser Diagnose), ist es bei den männlichen Teilnehmern die mittelgradige depressive Episode (F32.1) mit 71,4% dieser diagnostischen Zuordnung. Die Drittdiagnosen finden sich im Anhang (Tabelle B.2).

**Tabelle 8: Geschlechterverteilung der Hauptdiagnose in der Patientenstichprobe**

Hauptdiagnosen (nach ICD-10)		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Bipolar, ggw. schwere depressive Episode (F31.4)	Häufigkeit	1	0	1
	% der Diagnose	100,0%	,0%	100,0%
	% Geschlecht	8,3%	,0%	2,2%
Rezidivierende depressive Störung, ggw. schwer (F33.2)	Häufigkeit	4	26	30
	% der Diagnose	13,3%	86,7%	100,0%
	% Geschlecht	33,3%	76,5%	65,2%
Bipolar, ggw. mittelgradige depressive Episode (F31.3)	Häufigkeit	0	1	1
	% der Diagnose	,0%	100,0%	100,0%
	% Geschlecht	,0%	2,9%	2,2%
Mittelgradige depressive Episode (F32.1)	Häufigkeit	5	2	7
	% der Diagnose	71,4%	28,6%	100,0%
	% Geschlecht	41,7%	5,9%	15,2%
Schwere depressive Episode (F32.2)	Häufigkeit	1	2	3
	% der Diagnose	33,3%	66,7%	100,0%
	% Geschlecht	8,3%	5,9%	6,5%
Bipolar, ggw. hypomane Episode (F31.0)	Häufigkeit	1	0	1
	% der Diagnose	100,0%	,0%	100,0%
	% Geschlecht	8,3%	,0%	2,2%
Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradig (F33.1)	Häufigkeit	0	3	3
	% der Diagnose	,0%	100,0%	100,0%
	% Geschlecht	,0%	8,8%	6,5%
<b>Gesamt</b>	Häufigkeit	<b>12</b>	<b>34</b>	<b>46</b>



Tabelle 9: Geschlechterverteilung der Zweitdiagnose in der Patientenstichprobe

Zweitdiagnosen (nach ICD-10)		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Bipolare aff. Störung, ggw. hypoman. Episode (F31.0)	Häufigkeit	1	0	1
	% der Diagnose	100,0%	,0%	100,0%
	% Geschlecht	8,3%	,0%	2,2%
Bipolare aff. Störung, ggw. mittelgrad. depressive Episode (F31.3)	Häufigkeit	0	1	1
	% der Diagnose	,0%	100,0%	100,0%
	% Geschlecht	,0%	2,9%	2,2%
Bipolare aff. Störung, ggw. schwere depressive Episode (F31.4)	Häufigkeit	1	0	1
	% der Diagnose	100,0%	,0%	100,0%
	% Geschlecht	8,3%	,0%	2,2%
Mittelgradige depressive Episode (F32.1)	Häufigkeit	5	2	7
	% der Diagnose	71,4%	28,6%	100,0%
	% Geschlecht	41,7%	5,9%	15,2%
Schwere depressive Episode (F32.2)	Häufigkeit	1	2	3
	% der Diagnose	33,3%	66,7%	100,0%
	% Geschlecht	8,3%	5,9%	6,5%
Rezidivierende depressive Störung,ggw. mittelgradige Episode (F33.1)	Häufigkeit	0	3	3
	% von Diagnose	,0%	100,0%	100,0%
	% Geschlecht	,0%	8,8%	6,5%
Rezidivierende depressive Störung,ggw. schwere Episode (F33.2)	Häufigkeit	4	26	30
	% von Diagnose	13,3%	86,7%	100,0%
	% Geschlecht	33,3%	76,5%	65,2%
<b>Gesamt</b>	Häufigkeit	12	34	46

Tabelle 10: Geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeit in der Patientenstichprobe

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
<b>1</b>	Häufigkeit	5	3	8
	% Erkrankungshäufigkeit	62,5%	37,5%	100,0%
	% Geschlecht	41,7%	8,8%	17,4%
<b>2</b>	Häufigkeit	4	16	20
	% Erkrankungshäufigkeit	20,0%	80,0%	100,0%
	% Geschlecht	33,3%	47,1%	43,5%
<b>3</b>	Häufigkeit	3	11	14
	% Erkrankungshäufigkeit	21,4%	78,6%	100,0%
	% Geschlecht	25,0%	32,4%	30,4%
<b>4</b>	Häufigkeit	0	2	2
	% Erkrankungshäufigkeit	,0%	100,0%	100,0%
	% Geschlecht	,0%	5,9%	4,3%
<b>10</b>	Häufigkeit	0	1	1
	% Geschlecht	,0%	2,9%	2,2%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	12	34	46

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt bei den weiblichen und männlichen Patienten etwa 25 Tage.

Weibliche Patienten erreichen einen durchschnittlichen Wert beim Depressionsinventar (BDI) von 29, männliche Patienten von 21 Punkten. Patientinnen sind durchschnittlich 5,9 Jahre erkrankt, Patienten etwa 2,7 Jahre. Das Minimum beträgt bei beiden Gruppen ein Jahr, das Maximum 16 Jahre bei weiblichen, 10 Jahre bei männlichen Teilnehmern (Übersicht der krankheitsspezifischen Parameter im *Anhang, Tabellen B.3, B.4 und B.5*).

### IV.3.3 Medikamentöse Behandlung der Patienten

Alle Patienten sind medikamentös eingestellt und erhalten wenigstens ein Medikament, in dieser Stichprobe am häufigsten Cipramil® (26,1%). Bei 9 Patienten (19,6%) wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung ein weiteres Medikament in Kombination eingesetzt, am häufigsten Taxilan® (6,5%) und bei je einem Patienten (entspricht je 2,2% der Patienten): Melperon®, Seroquel®, Diazepam®, Olanzapin®, Cymbalta® und Tebonin®. Tabelle 11 zeigt die Hauptmedikation der teilnehmenden Patienten.

**Tabelle 11: Medikation der Patienten (n=46)**

Patienten (n=46)	Häufigkeit	Prozent (%)	Cumulative Procent
Cipramil®	12	26,1	26,1
Zoloft®	3	6,5	32,6
Valproat®	1	2,2	34,8
Amitriptylin®	6	13,0	47,8
Mirtazapin (Remergil)®	1	2,2	50,0
Lithiumcarbonat®	2	4,3	54,3
Opipramol®	2	4,3	58,7
Carbamazepin®	7	15,2	73,9
Insidon®	2	4,3	78,3
Cymbalta®	2	4,3	82,6
Thiamazol®	2	4,3	87,0
Trevilor®	2	4,3	91,3
Citalopram®	3	6,5	97,8
Paroxetin®	1	2,2	100,0

### IV.3.4 Teilnahmebereitschaft und Ablehnungsgründe

Insgesamt wurden 133 Personen um ihre Teilnahme gebeten. 31 Personen (26 Patienten, 5 Angehörige) lehnten eine Befragung ab. Innerhalb der Patientenstichprobe betraf das 26 Personen (33,8% der Patienten), bei den Angehörigen und Partnern betraf das 5 Personen (8,9% der Angehörigenstichprobe). 10 Personen wurden befragt, jedoch später nicht in die differenzierte statistische Auswertung einbezogen, da sie keine eigenen Stichproben bilden konnten.

Tabelle 12: Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung (n=133)

		Status		Gesamt
		PatientIn	Angehörige	
<b>ja</b>	<b>Gesamt</b>	<b>51</b>	<b>51</b>	<b>102</b>
	% Bereitschaft	50,0%	50,0%	100,0%
	% von Status	66,2%	91,1%	76,7%
	% von Gesamt	38,3%	38,3%	76,7%
<b>nein</b>	<b>Gesamt</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>31</b>
	% Bereitschaft	83,9%	16,1%	100,0%
	% von Status	33,8%	8,9%	23,3%
	% von Gesamt	19,5%	3,8%	23,3%
<b>Gesamt</b>	<b>Gesamt</b>	<b>77</b>	<b>56</b>	<b>133</b>
	% von Gesamt	57,9%	42,1%	100,0%

Patienten oder Partner, für die eine Teilnahme nicht möglich war, wurden um einen Kurzkontakt bezüglich ihrer Beweggründe gebeten. In diesem Gespräch wurden die Gründe erfragt und dokumentiert. Die Darlegung der Ablehnungsgründe wurde von keinem Angesprochenen verweigert. Die Teilnahme wurde von 10 männlichen (32,3%) und 21 weiblichen (67,7%) Personen abgelehnt. Das Durchschnittsalter beträgt 43 Jahre (Minimum: 24 Jahre; Maximum: 64 Jahre).

Tabelle 13: Geschlechterverteilung der ablehnenden Personen (n=31)

		Status		Gesamt
		PatientIn	Angehörige	
<b>männlich</b>	<b>Gesamt</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
	% Geschlecht	70,0%	30,0%	100,0%
	% Status	26,9%	60,0%	32,3%
	% Gesamt	22,6%	9,7%	32,3%
<b>weiblich</b>	<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>21</b>
	% Geschlecht	90,5%	9,5%	100,0%
	% Status	73,1%	40,0%	67,7%
	% Gesamt	61,3%	6,5%	67,7%
<b>Gesamt</b>	<b>Gesamt</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>31</b>
	% Gesamt	83,9%	16,1%	100,0%

Die diagnostische Zuordnung der Patienten, die eine Teilnahme ablehnten, befindet sich in Tabelle B.6 (*Anhang*).

Interessant erscheint zudem die Betrachtung des familiären Status, der oft einen Ablehnungsgrund darstellte.

Tabelle 14: Familiärer Status der Personen, die eine Teilnahme ablehnten (n=31)

		verheiratet	allein lebend	getrennt lebend	aktuell getrennt	Gesamt
<b>Männer</b>	<b>Gesamt</b>	2	4	2	2	10
	% Geschlecht	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	% Fam.stand	18,2%	66,7%	22,2%	40,0%	32,3%
	% Gesamt	6,5%	12,9%	6,5%	6,5%	32,3%
<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>	9	2	7	3	21
	% Geschlecht	42,9%	9,5%	33,3%	14,3%	100,0%
	% Fam.stand	81,8%	33,3%	77,8%	60,0%	67,7%
	% Gesamt	29,0%	6,5%	22,6%	9,7%	67,7%
<b>Gesamt</b>	<b>Gesamt</b>	11	6	9	5	31
	% Gesamt	35,5%	19,4%	29,0%	16,1%	100,0%

Tabelle 15: Übersicht über die Nichtteilnahme an der Untersuchung

Ablehnungsgründe	Häufigkeit	Prozent
keine Angaben	1	3,2%
Ich habe Kontakt zu Angehörigen abgebrochen	2	6,5%
Ich bin gerade in Trennung	5	16,1%
Ich habe mich gerade von meinem Partner getrennt	8	25,8%
Ich lebe ganz allein, habe niemanden	2	6,5%
Ich habe Angst vor Datenmissbrauch	1	3,2%
traumatische Beziehungserfahrungen*	1	3,2%
psychotische Symptomatik*	1	3,2%
Ich habe nur Elternkontakt, möchte sie nicht belasten	2	6,5%
nicht erreichbar*	1	3,2%
Ich bin zu erschöpft und enttäuscht	2	6,5%
Ich habe keine Lust	1	3,2%
Ich möchte meinen Partner nicht verletzen	2	6,5%
Ich habe Angst, mich nicht konzentrieren zu können	1	3,2%
Das ist mir zu aufwendig	1	3,2%
<b>Gesamt</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>

\* Hier handelt es sich um die Einschätzung des Versuchsleiters und seine Entscheidung, die Untersuchung nicht fortzusetzen

Tabelle 16: Diagnostische Zuordnung der Patienten, die eine Untersuchung ablehnten

Diagnosen nach ICD-10	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
F33.2 rez. depressiv, ggw. schwer	11	35,5	42,3
F33.3 rez. depressiv, ggw. schwer mit psychotischen Symptomen	3	9,7	11,5
F31.4 bipolar, ggw. schwer depressiv	4	12,9	15,4
F31.0 bipolar, ggw. hypomanisch	1	3,2	3,8
F32.2 schwere depressive Episode	6	19,4	23,1
F33.1 rez. depressiv, ggw. mittelgradig	1	3,2	3,8
<b>Gesamt</b>	<b>26</b>	<b>83,9</b>	<b>100,0</b>
Fehlend Partner/Angehörige	5	16,1	
<b>Gesamt</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	

## IV.4 Auswertungsmethodik

Die statistische Auswertung wurde mit dem Statistikpaket SPSS (Statistical Package for the Social Science) für Windows in der deutschen Version 14.0 durchgeführt. Dazu wurden alle erhobenen Daten in einer Datenbank zusammengefasst.

Die verbalen Aussagen aus dem Interview (qualitative Daten) wurden als Kernaussagen formuliert und jeder Antwort ein numerischer Wert zugeteilt. Dadurch wurde es möglich, diese Antworten auch deskriptiv (Häufigkeiten, Modalwerte, Minimal- und Maximalwerte) zu behandeln.

Die Gesamtteilnehmerzahl von 92 Personen sowie die Teilstichprobenmengen von jeweils 46 Teilnehmern werden im statistischen Sinn als „kleine Stichproben“ betrachtet, sodass einige statistische Verfahren ausgewählt werden, die sich robust gegenüber des Stichprobenumfangs und besonderer Verteilungsformen zeigen.

Zu beachten waren verschiedene Skalenniveaus der Variablen sowie die Abhängigkeit oder Unabhängigkeit der Stichproben.

Die Verteilungsform der Variablen, speziell die Normalverteilung, wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test (Bühl, 2006) geprüft und danach weitere Entscheidungen für geeignete Testverfahren getroffen.

Je nach den Ergebnissen der Prüfung der Voraussetzungen kamen hauptsächlich folgende statistische Verfahren zum Einsatz:

- Deskriptive Statistik / Rangreihen
- Korrelationen
- Mittelwertsvergleiche/Kreuztabellen mit parametrischen und nichtparametrischen Tests
- Varianzanalysen
- verteilungsfreie Tests (U-Test nach Mann & Whitney für unabhängige Stichproben; Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben)

Die Korrelationen und das Signifikanzniveau werden nach Bühl (2006) mithilfe der folgenden Einteilungen beschrieben (S.115):

Werte des Korrelationskoeffizienten $r$	Interpretation
$0 < r \leq 0,2$	Sehr geringe Korrelation
$0,2 < r \leq 0,5$	Geringe Korrelation
$0,5 < r \leq 0,7$	Mittlere Korrelation
$0,7 < r \leq 0,9$	Hohe Korrelation
$0,9 < r \leq 1$	Sehr hohe Korrelation

Irrtumswahrscheinlichkeit	Bedeutung	Symbolisierung
$p > 0.05$	nicht signifikant	ns
$p \leq 0.05$	signifikant	*
$p \leq 0.01$	sehr signifikant	**
$p \leq 0.001$	höchst signifikant	***

Für diese Fragestellungen wird festgelegt, dass die Nullhypothese erst dann verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner oder gleich 5% ist. Die Irrtumswahrscheinlichkeit  $p$  ermöglicht, objektiv zu beurteilen, ob ein auftretender Mittelwertsunterschied oder eine Korrelation (Zusammenhang) eher zufällig zustande gekommen sind oder nicht.

Dabei kann die *Nullhypothese* lauten: Die beiden Stichproben entstammen der gleichen Grundgesamtheit, der Mittelwertsunterschied ist zufällig entstanden.

Die *Alternativhypothese* lautet dementsprechend: Die beiden Stichproben entstammen verschiedenen Grundgesamtheiten, der Mittelwertsunterschied ist *nicht* zufällig entstanden. Die Irrtumswahrscheinlichkeit gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein Irrtum vorliegt, wenn die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen wird. Ein „Fehler erster Art“ ist hierbei besonders bedeutsam, da hierbei die Nullhypothese (der Mittelwertsunterschied ist zufällig) verworfen wird, obwohl sie richtig ist. Der „Fehler erster Art“ entspricht der Irrtumswahrscheinlichkeit  $p$ .

Je größer  $p$  ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für einen „Fehler zweiter Art“ (die Nullhypothese wird angenommen, obwohl sie falsch ist).

#### IV.4.1 Kontrolle von Eingabefehlern

Um Fehler durch die manuelle Dateneingabe zu identifizieren, wurden vielfach Häufigkeitsbestimmungen zur Plausibilitätsprüfung vorgenommen. Zudem wurden Fragebögen zufällig ausgewählt und deren Eingabe durch andere Personen kontrolliert.

Durch die Bestimmung von Minimal- und Maximalwerten (deskriptive Statistik → Mittelwerte → Minimum/Maximum) konnten numerische Eingabefehler sichtbar gemacht werden. Über die tabellarische Darstellung der Extremwerte der Verteilung der Daten konnten solche so genannten „Ausreißer“ identifiziert werden, die auf Eingabefehler zurück zu führen waren. Die Nachbesprechung der Schwierigkeiten bei der Fragebogenbearbeitung durch die Versuchsteilnehmer konnte die Anzahl der fehlenden Werte auf ein Minimum reduziert werden. Fehlende Werte traten nur in zwei Skalen des FAMOS (Selbst- und Fremdbeurteilung) auf, bei der die Fragen „Für mich ist es wichtig, *effizient* zu sein“ und „Für meine(n) Partner(in) ist es wichtig, *effizient* zu sein“ von vielen Personen nicht verstanden wurden.

Hier war es möglich, aus den verbleibenden Items einen Mittelwert zu bilden und so den fehlenden Wert zu ersetzen.

#### IV.4.2 Exkurs: Voraussetzungen für die statistische Datenanalyse

Vor der Testauswahl mussten die gegebenen Voraussetzungen geklärt werden (Bühl, 2006, S. 109).

- Welches Skalenniveau hat die betreffende Variable?
- Bei intervallskalierten Variablen: Liegt eine Normalverteilung der Werte vor?
- Handelt es sich bei den zu vergleichenden Stichproben um unabhängige oder abhängige (nicht - verbundene oder verbundene) Stichproben?
- Welche Variablen sind abhängig und unabhängig?

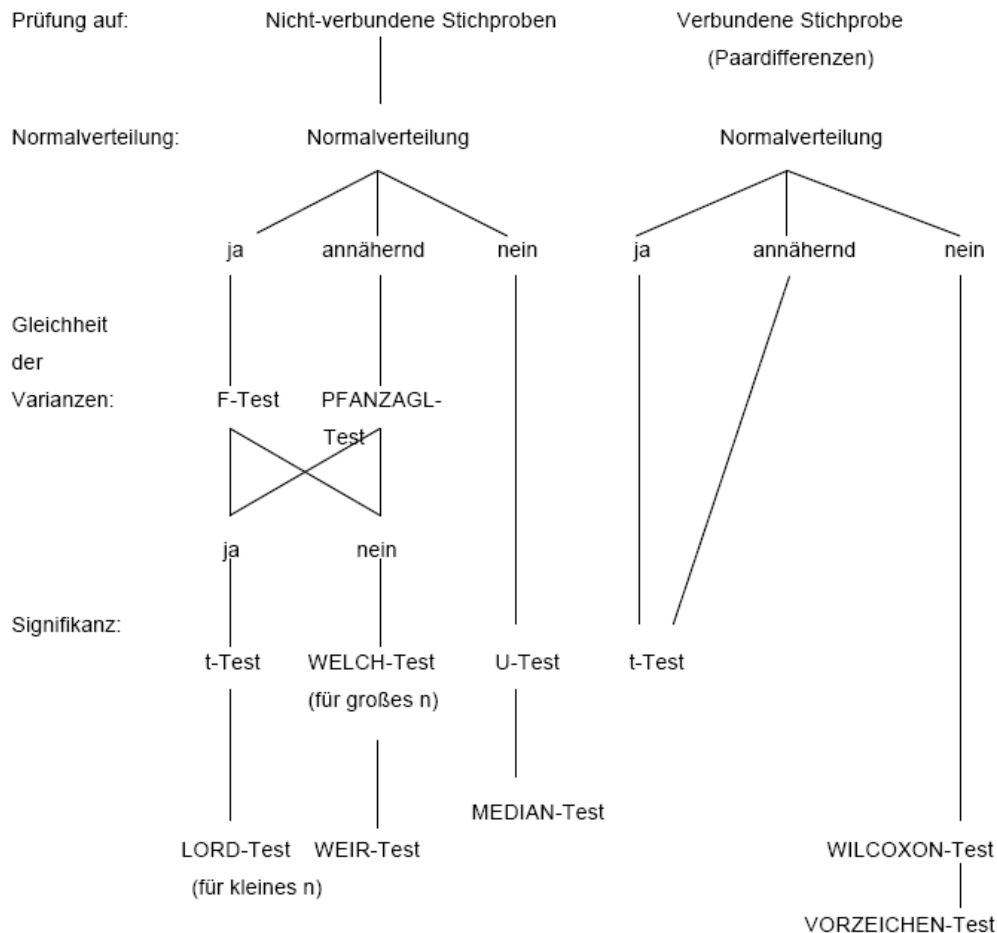
Die Variablen Geschlecht, Status oder Familienstand sind nominalskaliert, ihnen kommt eine Gruppierungsfunktion zu, da sie die Gesamtstichprobe nach den Kategorien dieser Variablen unterteilen und die so entstehenden Teilstichproben mit statistischen Verfahren behandelt werden können.

Bei den Fragebögen muss entschieden werden, welchem Skalenniveau die Variablen zuzuordnen sind. Es ist zu überlegen, ob sich Verfahren für ordinal- oder intervallskalierte Daten anbieten.

Ordinalskalierte Daten geben eine Ordnungsrelation wieder, deren Abstände zueinander jedoch nicht eindeutig definiert werden können. Zum Vergleich verschiedener Stichproben bezüglich ordinalskalierter Daten finden nichtparametrische Tests, die auf der Vergabe von Rangplätzen basieren, ihre Anwendung. Bei intervallskalierten Variablen kommt der Differenz zweier Werte eine empirische Bedeutung zu, die im Idealfall bedeuten würde, dass alle Befragten die Ausprägungen der Antwortalternativen als gleichabständig wahrnehmen und das Antwortkontinuum auf die gleiche Art und Weise unterteilen. Nach Baur & Fromm (2004) stellt sich hier das „Problem der absoluten versus relationalen Interpretierbarkeit von Daten“

(S. 193). Beide Möglichkeiten bieten Vor- und Nachteile. Demnach wird die Stärke des Zusammenhangs eher unterschätzt, wenn ordinalskalierte Variablen als intervallskaliert interpretiert werden.

Lozan & Kausch (1998) schlagen folgenden Entscheidungsbaum für den *Vergleich zweier Stichproben* vor:



Aus: (aus: Lozan, J.L.; Kausch, H. (1998). *Angewandte Statistik für Naturwissenschaftler*. 2., überarb. und ergänzte Auflage. Pareys Studentexte 74: Parey Buchverlag Berlin.S.87)

**Abbildung 13: Statistischer Vergleich zweier Stichproben.**

Rechenoperationen für intervallskalierte Variablen setzen voraus, dass die Abstände zwischen den Ausprägungen als gleich groß eingeschätzt werden. Nach Baur & Fromm (2004) sind daher Fragebögen besonders problematisch, die beispielsweise nur drei Ausprägungen beinhalten, mindestens fünf Ausprägungen erscheinen ihnen wünschenswert. In der Testdurchführung besteht jedoch die Gefahr, dass zu viele Antwortmöglichkeiten die Versuchspersonen überfordern (S. 199).

Im Ergebnis dieser Überlegungen wird für alle Fragebogenabstufungen  $<5$  (zum Beispiel: nie – selten – oft – sehr oft) ein *Ordinalskalenniveau* angenommen.



Das betrifft folgende Messinstrumente:

- Eingangsfragebogen (trifft sehr zu – trifft etwas zu – trifft kaum zu – trifft nicht zu),
- Einschätzung der Informationen bezüglich der Erkrankung (sehr gut – gut – wenig – gar nicht),
- Einschätzung der Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung (sehr hilfreich – etwas hilfreich – kaum hilfreich – nicht hilfreich) sowie
- Items 1-30 des Partnerschaftsfragebogens (nie/sehr selten – selten – oft – sehr oft)

Das *Intervallskalenniveau* erreichen folgende Messinstrumente:

- Einschätzungen auf den Skalen von 0 – 10 (zum Beispiel: „Wie hoch schätzen Sie die Übereinstimmung mit Ihrem/Ihrer Partner(in) ein?“),
- FAMOS (überhaupt nicht wichtig – weniger wichtig – mittelmäßig wichtig – ziemlich wichtig – außerordentlich wichtig)
- Items 31 und 32 des Partnerschaftsfragebogens (sehr unglücklich – unglücklich – eher unglücklich – eher glücklich – glücklich – sehr glücklich)
- KKG (trifft sehr zu – trifft zu – trifft etwas zu – trifft eher nicht zu – trifft nicht zu – trifft gar nicht zu)
- FKV-LIS (gar nicht – wenig – mittelmäßig – ziemlich – sehr stark)
- PATEF (sicher nicht – wenig wahrscheinlich – möglich – sehr wahrscheinlich – ganz sicher)
- IIP-D (nicht – wenig – mittelmäßig – ziemlich – sehr).

Die Normalverteilung der intervallskalierten Daten wird mit dem Kolmogoroff-Smirnov-Test geprüft. Diese Prüfung ist notwendig, da zahlreiche statistische Verfahren für intervallskalierte Daten voraussetzen, dass deren Werte normalverteilt sind. Eine Normalverteilung bedeutet, dass sich die meisten Werte um den Mittelwert gruppieren und die Häufigkeiten nach beiden Seiten gleichmäßig abnehmen. Eine Normalverteilungskurve entspricht in ihrer idealen Ausprägung der „Gaußschen Glockenkurve“. Das Ergebnis dieses Tests auf Normalverteilung hat beispielsweise die Konsequenz, dass ein t-Test nach Student zum Vergleich zweier unabhängiger Stichproben bei Nichtvorliegen einer Normalverteilung nicht angewendet werden darf, stattdessen ein nichtparametrisches Verfahren wie der U-Test nach Mann & Whitney anzuwenden ist.

Tabelle 17 fasst die Fragestellungen, die zu betrachtenden Instrumente und Variablen sowie das vorliegende Skalenniveau zusammen:

Tabelle 17: Zusammenfassung der Fragestellungen, statistischen Voraussetzungen und Verfahren

Fragestellung (Kurzbeschreibung)	Instrument	Skalenniveau / (Art der Daten)	Statistisches Verfahren
<b>1. Wissen und Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung</b>			
1.1 Wissen über Diagnose Bedeutung der Diagnose 1.2 Stigmatisierung 1.3 Erfahrungen mit psych. Erkrankungen 1.4 soziales Umfeld und Unterstützung 1.5 emotionale Auswirkungen  1.6 Situation der Kinder	Interview Fragebogen I Fragebogen I Interview Fragebogen I Interview Fragebogen I Interview Fragebogen I Skala 5 Interview Fragebogen I	deskriptiv ordinalskaliert ordinalskaliert deskriptiv ordinalskaliert deskriptiv ordinalskaliert deskriptiv ordinalskaliert intervallskaliert deskriptiv ordinalskaliert	Häufigkeiten; U-Test (Mann & Whitney); Rangkorrelation nach Spearman Chi <sup>2</sup> -Test
<b>2. Behandlungserfahrungen/ Behandlungsvorstellungen</b>			
2.1 Vorstellungen zu Erkrankungs- häufigkeit/-dauer 2.2 Informationsbereiche 2.3 Krankheitsbewältigung	Interview Fragebogen I Einschätzung Einschätzung Interview Skala 2	deskriptiv ordinalskaliert ordinalskaliert ordinalskaliert deskriptiv intervallskaliert	Häufigkeiten (Median); U-Test (Mann & Whitney)
<b>3. Ursachen für die Entstehung der Depression</b>			
3.1 Worin sehen Betroffene Krankheitsursachen? 3.2 Veränderung der Sichtweise 3.3 Worin sehen Menschen (Gesellschaft) Ursachen ? 3.4 Entstehungstheorien 3.5 Auslöser	Fragebogen I  Interview  Interview PATEF Fragebogen I Interview	ordinalskaliert deskriptiv deskriptiv  intervallskaliert* ordinalskaliert deskriptiv	Häufigkeiten; U-Test (Mann & Whitney); Chi <sup>2</sup> -Test
<b>4. Krankheitsverarbeitung</b>			
4.1 Umgang mit Situation, hilfreich und unwirksam 4.2 Strategien nach Eintritt 4.3 Unterschiede 4.4. Einstellung zu Krankheit und Gesundheit	Interview Zusatz FKV FKV  KKG	deskriptiv deskriptiv intervallskaliert*  intervallskaliert*	Häufigkeiten;   U-Test (Mann & Whitney)
<b>5. Zusammenhang Verantwortlichkeit und partnerschaftlicher Unterstützung</b>			
5.1. Eigenverantwortlichkeit 5.2. Verantwortlichkeit Partner 5.3. Einstellung zu Therapie 5.4. Bemühungen des Partners 5.5. Verantwortlichkeit und Bewältigung 5.6. Ursachenzuschreibung, Partnerzufriedenheit, Unterstützung	Skala 7 Skala 8 Skala 6 Skala 4  Hauptursache/ PFB („Glück“)/ Skala 3	intervallskaliert intervallskaliert intervallskaliert intervallskaliert  intervallskaliert* nominalskaliert/ intervallskaliert	ANOVA (t-Test)     U-Test (Mann & Whitney) Rangkorrelation nach Spearman

Tabelle 17: Zusammenfassung der Fragestellungen und statistischen Voraussetzungen: *Fortsetzung*

Fragestellung (Kurzbeschreibung)	Instrument	Skalenniveau/ Art der Daten	Statistisches Verfahren
<b>5. Zusammenhang Verantwortlichkeit und partnerschaftlicher Unterstützung</b>			
5.7. Zusammenhänge Eingangsfragebogen	Eingangsfragebogen	intervallskaliert/ intervallskaliert*	Rangkorrelation nach Spearman
<b>6. Veränderung Beziehungsqualität</b>			
6.1 Partnerzufriedenheit (t 1) 6.2 Partnerzufriedenheit (t 2) 6.3 Veränderungen 6.4 Beitrag Partnerschaft 6.5 Unterschiede Skalen 6.6 Unterschiede FKV 6.7 Familienrollen	PFB Item 31 PFB Item 32  Skala 3  FKV Interview	intervallskaliert intervallskaliert intervallskaliert* intervallskaliert intervallskaliert intervallskaliert* deskriptiv	Chi <sup>2</sup> -Test; Rangkorrelation; Wilcoxon-Test; t-Test U-Test (Mann & Whitney) Häufigkeiten
<b>7. Motivationale Schemata</b>			
7.1 Annäherung/Vermeidung 7.2 Annäherung/Vermeidung 7.3 Unterschiede 7.4 Probleme / Möglichkeiten 7.5 Selbst- und Fremdwahrnehmung 7.6. Unterschiede (glücklich)	FAMOS FAMOS  FAMOS FAMOS (Selbst/Fremd) FAMOS/PFB	intervallskaliert* intervallskaliert*  intervallskaliert* intervallskaliert*  intervallskaliert*	U-Test (Mann & Whitney)
<b>8. Interpersonale Probleme/ Möglichkeiten</b>			
8.1. Probleme/Möglichkeiten 8.2 Kraft (Ressourcen) 8.3 Fähigkeiten 8.4 Forderungen 8.5 Einstellung zu Psychotherapie 8.6 Unterstützungsmarker	IIP- C Interview Interview Fragebogen I Interview Interview	intervallskaliert* deskriptiv deskriptiv ordinalskaliert deskriptiv deskriptiv	U-Test (Mann & Whitney) Häufigkeiten
<b>9. Therapieziele</b>			
9.1 kurzfristige Therapieziele 9.2. langfristige Therapieziele 9.3. am meisten geholfen 9.4. Partner <i>mehr</i> tun 9.5. Partner <i>weniger</i> tun 9.6. Bedürfnisse	Interview Interview Interview Interview Interview Interview	deskriptiv deskriptiv deskriptiv deskriptiv deskriptiv deskriptiv	Häufigkeiten

\* keine Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test), daher ein parameterfreies Verfahren

#### IV.4.3 Beschreibung der statistische Verfahren

Die Darstellung von Zusammenhängen zwischen nominal- oder ordinalskalierten Variablen mit nicht zu vielen Kategorien lassen sich am besten in Kreuztabellen darstellen. Der Chi-Quadrat-Test überprüft, ob sich die beobachteten Häufigkeiten signifikant von den erwarteten Häufigkeiten unterscheiden und damit indirekt den Zusammenhang der beiden Merkmale.

Prüfgröße:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_i - E_i)^2}{E_i}$$

$E_i$  = Erwartungswert

$f_i$  = Beobachteter Wert

Untersucht wird, ob eine empirische Verteilung einer theoretischen Verteilung entspricht:

$H_0$  = beide Verteilungsfunktionen sind gleich

$H_a$  = Die Verteilungsfunktionen unterscheiden sich voneinander

Je größer die Abweichung in einem Feld der Kreuztabelle ist, umso größer ist auch das Chi-Quadrat. Große Abweichungen deuten auf einen Zusammenhang zwischen den Variablen hin (Bühl, 2006, S.261). Der Chi-Quadrat-Test steht in zahlreichen Variationen und Anwendungsmöglichkeiten in SPSS zur Verfügung, so auch beispielsweise zur Homogenitätsprüfung zweier oder mehrerer Stichproben oder zur Überprüfung einer Normalverteilung.

Unabhängige Stichproben (zum Beispiel Partner- und Patientenstichprobe) können bei der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (Gleichheit der Varianzen, Normalverteilung) mittels t-Test oder ANOVA auf Unterschiede geprüft werden. In dieser Untersuchung spielen vor allem verteilungsfreie oder nichtparametrische Verfahren eine größere Rolle. In dieser Untersuchung handelt es sich statistisch um „kleine Stichproben“, für die sich verteilungsfreie Verfahren anbieten. Zudem werden exakte verteilungsfreie Verfahren empfohlen, wenn die Voraussetzungen für die Anwendung eines parametrischen Verfahrens nicht erfüllt oder fraglich sind. Nach Bortz & Lienert (2003) bedeutet dies, „dass ein statistisch signifikantes Ergebnis, das man bei kleinen Stichproben mit einem exakten verteilungsfreien Test nachgewiesen hat, in der Regel auf einem großen Effekt basiert und damit auch klinisch bedeutsam ist“ (S.52).

Zur Anwendung kommen vor allem der U-Test nach Mann & Whitney für zwei unabhängige Stichproben sowie der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman zur Prüfung von Zusammenhängen. Der Mann- und Whitney-Test stellt das Gegenstück zum parametrischen t-Test dar und kann angewendet werden, wenn man nicht weiss, ob die Voraussetzungen für den t-Test erfüllt sind. Die Effizienz des U-Tests liegt bei ca. 95%. Der U-Test basiert auf einer gemeinsamen Rangreihe der Werte beider Stichproben.

Prüfhypothese für einen *zweiseitigen* Test:

Nullhypothese:  $H_0$ :  $\mu_1 = \mu_2$

Alternativhypothese:  $H_1$ :  $\mu_1 \neq \mu_2$

Bei nicht allzu kleinen Stichproben kann folgende Approximation benutzt werden: ( $m, n > 20$ ):

$$z = \frac{U - m * n / 2}{\sqrt{m * n(m + n + 1) / 12}}$$

U wird wie folgt berechnet:

$$U = m * n + \frac{m * (m + 1)}{2} - U_x$$

Bei zwei abhängigen Stichproben findet der Wilcoxon-Test Anwendung. Dieser Test ist das verteilungsfreie Gegenstück zum parametrischen t-Test für den Vergleich von Paardifferenzen. Er hat eine Wirksamkeit für große und kleine Stichprobenumfänge von 95% des t-Tests. Die Nullhypothese besagt, dass die Paardifferenzen  $d_i$  aus den verbundenen Messwerten  $x_i$  und  $y_i$  symmetrisch um den Median gleich Null verteilt sind. Als Prüfgröße dient die kleinste  $\sum R$ . Wird die Nullhypothese abgelehnt, so ist entweder die Grundgesamtheit, aus der die Paardifferenzen stammen, nicht symmetrisch bezüglich des Median oder den beiden Stichproben liegen unterschiedliche Verteilungen zugrunde. Dazu werden die Paardifferenzen gebildet und mit Ausnahme der Differenzen  $d_i=0$  in eine aufsteigende Rangordnung sortiert, wobei zunächst nur der absolute Betrag zu berücksichtigen ist. Dabei werden Rangzahlen von 1 bis  $n$  vergeben. Bei gleich großen Beträgen sind mittlere Rangzahlen zuzuordnen. Dann wird bei jeder Rangzahl das Vorzeichen ihrer zugehörigen Differenz vermerkt und die Summe positiver und negativer Rangzahlen ( $R_p$  und  $R_n$ ) gebildet. Als Prüfgröße wird die kleinere der beiden Rangsummen ( $R$ ) gewählt.

$$R_p + R_n = \frac{n(n+1)}{2}$$

Die Nullhypothese  $H_0$  ist zu verwerfen, wenn  $R$  kleiner oder gleich dem kritischen Wert  $R_{(n/\alpha)}$  ist.

Prüfgröße  $z$  (für  $n > 25$ ):

$$z = \frac{R - n * (n + 1) / 4}{\sqrt{n * (n + 1) * (2n + 1) / 24}}$$

Die Beurteilung der Zusammenhänge zwischen  $X$  und  $Y$  erfolgt bei fehlenden Voraussetzungen für die Anwendung der parametrischen Korrelationskoeffizienten  $r$  (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) durch die Spearman-Rangkorrelation  $r_s$  ( $\rho$ ). Nach Lozàn (1998) wird dadurch eine Transformation zur Normalverteilung vermieden, die meistens zum Verlust von Informationen führt. Bei der Berechnung werden die Werte beider Messreihen durch

Rangzahlen ersetzt. Man bildet die Differenz  $D$  der Rangpaare. Anschließend werden  $D^2$  und  $\sum D^2$  berechnet.

Die Berechnung von  $r_s$  erfolgt dann nach:

$$r_s = 1 - \frac{6D^2}{n(n^2 - 1)} \quad \text{wobei } n = \text{Anzahl der Rangpaare ist.}$$

Die Beurteilung der Ergebnisse erfolgt anhand der Signifikanzschranken für die Spearman-Rangkorrelation. Ist  $r_s \geq r_{s(n/\alpha)}$  dann liegt eine abgesicherte Abhängigkeit vor.  $n$  ist die Anzahl der Wertepaare und  $\alpha$  die gewählte Irrtumswahrscheinlichkeit,  $r_s$  (rho) kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Das Vorzeichen gibt an, ob eine positive oder negative Korrelation vorliegt. Die Anwendung von  $r_s$  gilt auch bei kleinen Stichprobenumfängen und Nicht-Normalverteilung als exakt. Auch Ausreißer haben keinen großen Einfluss auf  $r_s$ . Aus diesen Gründen ist die Benutzung von  $r_s$  auch zur Orientierung und Kontrolle von Ergebnissen empfehlenswert und zudem wegen seiner Unempfindlichkeit vorzuziehen, wenn „Extremwerte“ auftreten (S.206).

#### IV.4.4 Statistische Datenanalyse

Die Patienten- und Partnerstichproben sind als *unabhängige Stichproben* zu betrachten (verschiedene Fälle), während bei verschiedenen Messungen an einer Population (verschiedene Variablen) Verfahren für *abhängige Stichproben* ausgewählt werden. Nach Bühl (2006) liegen auch unabhängige Stichproben vor, wenn eine „...sinnvolle und eindeutige Wertezuordnung zwischen den Stichproben nicht möglich...“ ist (S.113).

Für die Untersuchung der Teilstichproben (Patienten-Partner, Männer-Frauen) hinsichtlich ihrer Antworttendenzen des Eingangsfragebogens fand ein nichtparametrisches Testverfahren Anwendung. Es wurde die Entscheidung für das Ordinalskalenniveau getroffen, zudem zeigte ein durchgeführter Kolmogorov-Smirnov-Test (*Analysieren → Nichtparametrische Tests → K-S bei einer Stichprobe*) an, dass alle Items keine Normalverteilung aufweisen. T-Tests für unabhängige Stichproben wurden dabei nicht angewendet, da sie eine Normalverteilung der Werte voraussetzen.

Bortz (1993) weist zudem darauf hin, dass das Prüfen von Unterschiedshypothesen bei paarweisen Vergleichen mittels vieler t-Tests dazu führt, dass „...einige dieser t-Tests zufällig ‚signifikant‘ werden“ (S.227).

Auch der Chi-Quadrat-Test erscheint problematisch, da er voraussetzt, dass in nur maximal 20% der Felder einer Kreuztabelle erwartete Häufigkeiten <5 auftreten dürfen und Zeilen- und Spaltensummen stets von Null verschieden sein müssen (Bühl, 2006, S.261). Der

Mann-Whitney-U-Test (*Analysieren → Nichtparametrische Tests → Zwei unabhängige Stichproben*) ist für den Vergleich zweier unabhängiger Stichproben unter diesen Voraussetzungen sehr gut geeignet. Dieser Test ist unempfindlicher, da er nicht die Messwerte selbst, sondern deren Rangplätze einbezieht.

Die Einschätzungsskalen (zehnstufiger Zahlenstrahl) zu Beginn der Befragung (zum Beispiel: „Wie hoch schätzen Sie momentan Ihre Möglichkeiten bei der Krankheitsbewältigung ein?“) werden als intervallskalierte Variablen betrachtet und können bei der Erfüllung der Zusatzbedingungen (Gleichheit der Varianzen, Normalverteilung) mit entsprechenden statistischen Verfahren ausgewertet werden. Bei fehlenden Voraussetzungen wurden nichtparametrische Verfahren gewählt. Zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen einzelnen Skalen wurde zuerst die Normalverteilung geprüft. Bei intervallskalierten Variablen, die nicht normal verteilt waren, wurde als Zusammenhangsmaß der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman (*rho*) statt des Pearson-Koeffizienten ausgewählt. Bei der Bestimmung der Korrelationen zwischen Skalen, deren Variablen als intervallskaliert betrachtet werden sowie Normalverteilung und Varianzgleichheit aufweisen, kann das Verfahren der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson ausgewählt werden.

Die Variablen des Eingangsfragebogens („Ich habe das Gefühl, dass mich mein Partner/meine Partnerin sehr gut versteht“) werden aufgrund der vierfachen Abstufung als ordinalskaliert betrachtet und die Korrelationen mit der Rangkorrelation nach Spearman (Spearman's Rho) bestimmt.

Für die Auswertung der Variablen des FAMOS wurde eine Intervallskalierung angenommen. Die Prüfung auf Homogenität der Varianzen (Homogenitätstest oder Levene-Test auf Gleichheit der Varianzen) ergab eine überwiegend hinreichende Erfüllung dieser Voraussetzung. Die Prüfung der Varianzhomogenität geht von der Nullhypothese aus, dass die Fehlervarianzen der abhängigen Variablen über die Gruppen hinweg gleich sind.

Die Item- und Skalenwerte des FAMOS sind in dieser Untersuchung hinreichend normalverteilt. Bei nicht gegebener Varianzhomogenität empfiehlt Bühl (2006), „die Signifikanzschranke nicht bei  $p=0,05$ , sondern bei  $p=0,01$  anzusetzen“ (S.422).

Daher konnte bei einigen Fragestellungen die Einfaktorielle *Varianzanalyse* ANOVA (*Mittelwerte → einfaktorielle ANOVA*) angewendet werden. Dabei sollten die Unterschiede aufgrund des Geschlechtes und der Gruppenzugehörigkeit (Patienten oder Partner) bei der Einschätzung der interessierenden Variablen untersucht werden.

Eine vergleichende Berechnung mit einem nichtparametrischen Verfahren konnte die Ergebnisse bestätigen. Die Überlegung, dass die Fallzahlen (bei Geschlechterzugehörigkeit) in den Zellen variieren, führte ebenfalls zu der Entscheidung für dieses Verfahren. Die zu un-

tersuchenden Variablen bildeten die *abhängigen Variablen*, das Geschlecht oder die Zugehörigkeit zu den Teilstichproben (Patienten/ Partner) wurden als *feste Faktoren* definiert. Die Voreinstellung „gesättigtes Modell“ wurde beibehalten. Post- hoc- Mehrfachvergleiche für beobachtete Mittelwerte werden nur bei Faktoren mit mehr als zwei Abstufungen betrachtet, sodass es hier keinen Informationszuwachs ergab.

Für die Untersuchung der Ausprägung motivationaler Schemata und der partnerschaftlichen Zufriedenheit in der Patienten- und Partnerstichprobe wurde folgendes Vorgehen gewählt: Patienten- und Partnerstichproben wurden, bezogen auf das Merkmal der Partnerschaftszufriedenheit anhand des Items „Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?“ dichotomisiert. Die Ausprägungen „sehr unglücklich – unglücklich - eher unglücklich“ erhielten den Wert 0, die Antwortalternativen „eher glücklich – glücklich – sehr glücklich“ wurden mit 1 kodiert.

Beide Teilstichproben (Patienten / Partner) wurden hinsichtlich der Normalverteilung der Variablen geprüft (Kolmogorov-Smirnov-Test zur Überprüfung der Verteilungsform). Es ergaben sich in beiden Fällen signifikante Abweichungen von der Normalverteilung ( $p=.000$ ), sodass ein nichtparametrisches Testverfahren (*U-Test nach Mann und Whitney*) für zwei unabhängige Stichproben ausgewählt wurde. Für die Berechnung des Medians (gruppiertes Median), der mehr Aussagekraft besitzt als der Mittelwert, erfolgt wieder eine gesonderte Berechnung, da SPSS dieses Verfahren leider nicht voreingestellt hat (*Analysieren → Berichte → Fälle zusammenfassen*). Um zu prüfen, inwieweit Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Partnerschaftsqualität und innerer Motive der Patienten und der Partner bestehen und in welcher Stärke oder Schwäche diese vorliegen, wurde ein entsprechendes *Korrelationsmaß* ausgewählt. Da es sich bei der Klassifizierungsvariable um eine dichotome Variable handelt, wird diese als ordinalskaliert betrachtet (Bühl, 2006, S.262). Die Variablen des FAMOS weisen keine Normalverteilung auf, daher wurde der Spearman'sche Korrelationskoeffizient betrachtet (*Analysieren → Deskriptive Statistiken → Kreuztabellen*).

Dabei wurden die dichotome Variable „glücklich/ unglücklich“ als Zeilen-, die FAMOS-Aussagen als Spaltenvariablen definiert.

Korrelationsmaße nehmen stets Werte zwischen -1 und +1 an, das Vorzeichen gibt die Richtung der Beziehung an. Bei der Auswertung der Beantwortung des IIP (Interpersonale Probleme) kam nur ein parameterfreies Verfahren in Betracht, da alle Ausprägungen keine Normalverteilung (Kolmogorov- Smirnov- Test auf Normalverteilung) aufwiesen. Da es sich um unabhängige Stichproben handelte, wurde das Verfahren *U-Test nach Mann & Whitney* für unabhängige Stichproben ausgewählt. Bei der Prüfung auf geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Patienten- und Partnerstichproben bei der Skalenausprägung des FKV wurde der Einsatz von T-Tests überlegt, da das Skalenniveau als intervallskaliert beurteilt



wurde. Hier ergab sich ebenfalls die Schwierigkeit, dass sich bei der Prüfung auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test (*Explorative Datenanalyse* → *Normalverteilungsdiagramm mit Test*) signifikante Abweichungen von der Normalverteilungskurve ergaben. Zudem lag nur in einigen Fällen eine Varianzhomogenität (Le-vine-Test) vor. Aus diesen Gründen konnten keine Varianzanalysen erstellt werden, ein nichtparametrisches (verteilungsfreies) Verfahren wurde gewählt. Bei diesen Verfahren werden nicht die Messwerte selbst, sondern deren Rangplätze verarbeitet, zudem besteht eine hohe Unempfindlichkeit gegenüber Ausreißern. Weiterhin werden diese Verfahren bei Variablen auf dem Ordinalskalenniveau angewendet (Brühl, 2006, S. 313ff.). Bei den Variablen, die eine Varianzgleichheit (Levene-Test auf Gleichheit der Varianzen) und eine Normalverteilung der Werte aufwiesen, konnte die (univariate oder multivariate) Varianzanalyse durchgeführt werden. Mit diesem Verfahren können zudem Einflüsse anderer Variablen auf den Haupteffekt überprüft werden. Die Skalen für die individuelle Einschätzung vorgegebener Items (10stufig) wurden als intervallskaliert betrachtet und hinsichtlich des Einflusses des dichotomisierten Partnerschaftsitems (glücklich/nicht glücklich im Augenblick) untersucht. Bei den Variablen, die eine zeitliche Abfolge beschreiben und als verbundene Stichproben gewertet werden (Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit zu zwei Zeitpunkten), fiel die Entscheidung auf ein nichtparametrisches Verfahren, den Wilcoxon-Test für zwei verbundene Stichproben. Die freien Antworten (Interview) wurden für jeden (codierten) Teilnehmer in die Datentabelle von SPSS 14 eingegeben und mit einem Zahlenwert versehen. So war es möglich, gleiche Antworten zusammenzufassen, die Häufigkeiten und prozentualen Verteilungen zu berechnen und Patienten und Partner in ihren Antworttendenzen zu vergleichen.

#### IV.4.5 Gütekriterien

Tashakkori & Teddlie (1998) kamen in ihrer Gegenüberstellung qualitativer und quantitativer Forschungsansätze zu dem Schluss, dass jede Methode ihre Vor- und Nachteile biete und schlugen aus pragmatischer Sicht eine Kombination beziehungsweise Mischung der Methoden vor, um die Effektivität und Effizienz der Forschung verbessern zu können.

Diese Untersuchung nähert sich durch eine Kombination quantitativer und qualitativer Untersuchungsmethoden dem Forschungsgegenstand. Dadurch soll versucht werden, die Vorteile der jeweiligen Herangehensweise für bestimmte interessierende Fragestellungen zu nutzen und Schwächen der Methoden bei der Informationsgewinnung so gut wie möglich auszugleichen. Die Validität bezeichnet allgemein die „Gültigkeit“ eines Verfahrens beziehungsweise den Grad der Genauigkeit, mit dem das Verfahren das Merkmal oder die Verhaltensweise misst, das es messen oder vorhersagen soll (Lienert et al., 1994). Für diese Untersuchung sollen vor allem die interne und externe Validität eingeschätzt werden. Für die qualitative Befragung bedeutet eine hohe interne Validität, dass verstanden wird, was die

Teilnehmer sagen wollten und die Aussagen richtig interpretiert werden. Zudem sollten bei einer hohen internen Validität die Zusammenhänge nicht durch konfundierende Variablen erzeugt werden. Das erscheint bei einer qualitativen Erhebung schwieriger zu erreichen. Die externe Validität könnte bedeuten, dass sich die Befunde praktisch gut umsetzen lassen (Cropley, 2005, S.119) und auf lebensnahe Situationen gut übertragbar sind. Hier zeigt sich wiederum eine Stärke der qualitativen Erhebung.

Die Reliabilität oder „Zuverlässigkeit“ gibt an, inwieweit eine Untersuchung oder ein Test genau das vorgeschriebene Merkmal misst. Dabei steht hier eher die formale Exaktheit der Merkmalerfassung im Vordergrund, nicht der inhaltliche Aspekt (Rauchfleisch, 1994). Eine hohe Reliabilität würde demzufolge noch nichts darüber aussagen, wie genau (valide) die Untersuchung das Merkmal erfasst, das nach der Definition erfasst werden soll. Es bedeutet auch, dass eine Wiederholung des Verfahrens oder eine erneute Befragung durch einen anderen Versuchsleiter oder mit anderen Teilnehmern zum selben Ergebnis führen würde.

Die Objektivität bildet die Grundlage für Validität und Reliabilität eines Verfahrens. Hier interessieren vor allem die Durchführung, Auswertung und Interpretation der Ergebnisse. Objektivität gibt den Grad an, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig vom Untersucher erzielt werden können.

Cropley (2005) betont, dass es sich bei den Gütekriterien um Idealzustände handelt, der Forscher jedoch versuchen sollte, diesem Bild so nahe zu kommen, wie es unter den konkret bestehenden Bedingungen möglich ist. Eine hohe Reliabilität und hohe interne Validität, beispielsweise durch Laborbedingungen und standardisierte Erhebungsverfahren, können Probleme bei der externen Validität, der Übertragung der Befunde in den Alltag, erzeugen (S.33). Als ein weiteres Gütekriterium soll hier die Nützlichkeit diskutiert werden. Die Einbeziehung des qualitativen Erhebungsansatzes soll dazu beitragen, die wissenschaftliche Diskussion des Forschungsgegenstandes zu befördern.

Dazu trägt bei, dass diese Arbeit ein Spektrum an Informationen enthält, die in der Lage sind, die Individualität der Patienten und Partner stärker zu beachten und in der Behandlung und den Behandlungsmethoden perspektivisch zu berücksichtigen. Die Aussagen der Beteiligten können die quantitativen Befunde unterstreichen und erweitern.

**Tabelle 18: Forschungsdimensionen, Reliabilität und Validität. Aus: Cropley, A.J. *Qualitative Forschungsmethoden*. S.35**

<b>Dimension</b>	<b>Reliabilität</b>	<b>Interne Validität</b>	<b>Externe Validität</b>
<b>Design:</b> Experiment Nicht-experimentell	höchst förderlich hinderlich	höchst förderlich hinderlich	hinderlich eher günstig
<b>Umgebung</b> Labor Reales Leben	höchst förderlich hinderlich	höchst förderlich hinderlich	hinderlich sehr günstig
<b>Datenerhebung</b> Tests, Fragebögen Aussagen	höchst förderlich hinderlich	höchst förderlich hinderlich	hinderlich höchst förderlich
<b>Typen von Daten</b> Numerische Deskriptive	höchst förderlich hinderlich	höchst förderlich hinderlich	hinderlich höchst förderlich
<b>Auswertung</b> Statistische Analyse Inhaltsanalyse	höchst förderlich hinderlich	höchst förderlich hinderlich	hinderlich höchst förderlich



## V AUSWERTUNG

### V.1 Wissen und Erfahrungen mit den Auswirkungen einer psychischen Erkrankung

#### V.1.1 Wissen und Bedeutung der Diagnose „Depression“

Bei allen Versuchsteilnehmern nannten 38,0% „Depression“ als die vorliegende Diagnose (37,0% der Patienten und 39,1% der Partner). Dabei wurden auch Bezeichnungen wie „Tiefendepression“, „schwankende Depression“ oder „endogene Depression“ genannt. 62% konnten keine diagnostische Kategorie nennen oder wählten andere Begriffe (Erschöpfung, Verrücktheit, Traurigkeit, Überlastung, chronische Unzufriedenheit, Überforderung, Hysterie, Ausgebranntsein. Männliche Patienten und ihre Partnerinnen geben beide zu 25% die zutreffende Diagnose „Depression“ an, weibliche Patienten wählen zu 41,2%, ihre Partner zu 44,1% die zutreffende Diagnose. Weibliche Patienten wählen eher die Begrifflichkeit „Depression“ oder „Überlastung“, während männliche Patienten eher den Begriff „Ausgebranntsein“ benutzen.

**Tabelle 19: Bezeichnung der Erkrankung als „Depression“**

		Diagnosenennung „Depression“	
		nicht richtig	richtig
<b>Patient (n=46)</b>	Häufigkeit	29	17
	% Status	63,0%	37,0%
	% Gesamt	31,5%	18,5%
<b>Partner (n=46)</b>	Häufigkeit	28	18
	% Status	60,9%	39,1%
	% Gesamt	30,4%	19,6%
<b>Gesamt</b>	Häufigkeit	57	35
	% Status	62,0%	38,0%

In dieser Stichprobe wurden die meisten Patienten (30,4%) und 10,9% der Partner von dem behandelnden Krankenhausarzt über die Bezeichnung der Erkrankung „Depression“ informiert. Den meisten Partnern (73,9%) wurde die Diagnose von ihrem erkrankten Angehörigen mitgeteilt. 20,7% aller Befragten wurden von dem zu-ständigen Krankenhausarzt, 18,5% von einem Psychiater über die Diagnose aufgeklärt (*Anhang*, Tabelle C.1.1). Die Tabelle C.1.2 (*Anhang*) gibt die Aussagen der Befragten zu ihrem ersten Gedanken nach der Diagnosestellung in ihrem eigenen Wortlaut wieder. 20 Personen haben einen zweiten Gedanken formuliert, der sich in Tabelle C.1.3 (*Anhang*) findet.

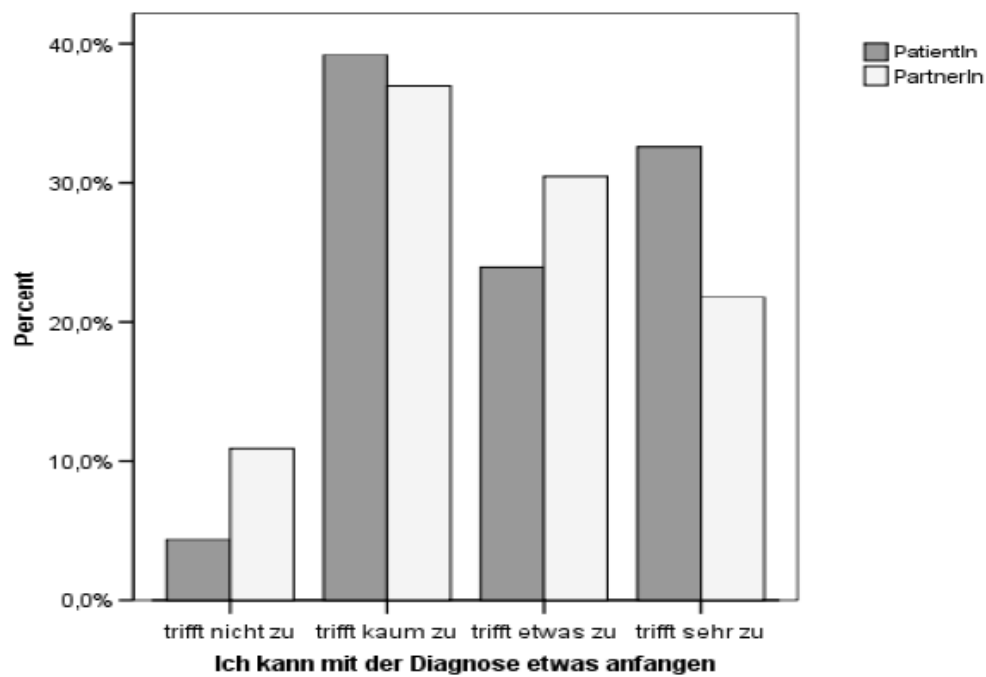


Abbildung 14: „Ich kann mit der Diagnose etwas anfangen“ (Patienten und Partner)

17,4% der Patienten haben diese Diagnose „schon erwartet“, bei 4 Partnern (8,7%) war das ebenfalls der erste Gedanke. Bei den Patienten denken jeweils 6,5% (3 Personen) „Diese Diagnose ist falsch“ oder „Ich empfinde Erleichterung wegen einer klaren Diagnose“. Bei den Partnern fragen jeweils 3 Personen (6,5% der Partner): „Woher kommt denn das?“, „Ist das eine Krankheit?“ sowie „Endlich hat jemand die Ursache für die Beschwerden gefunden“.

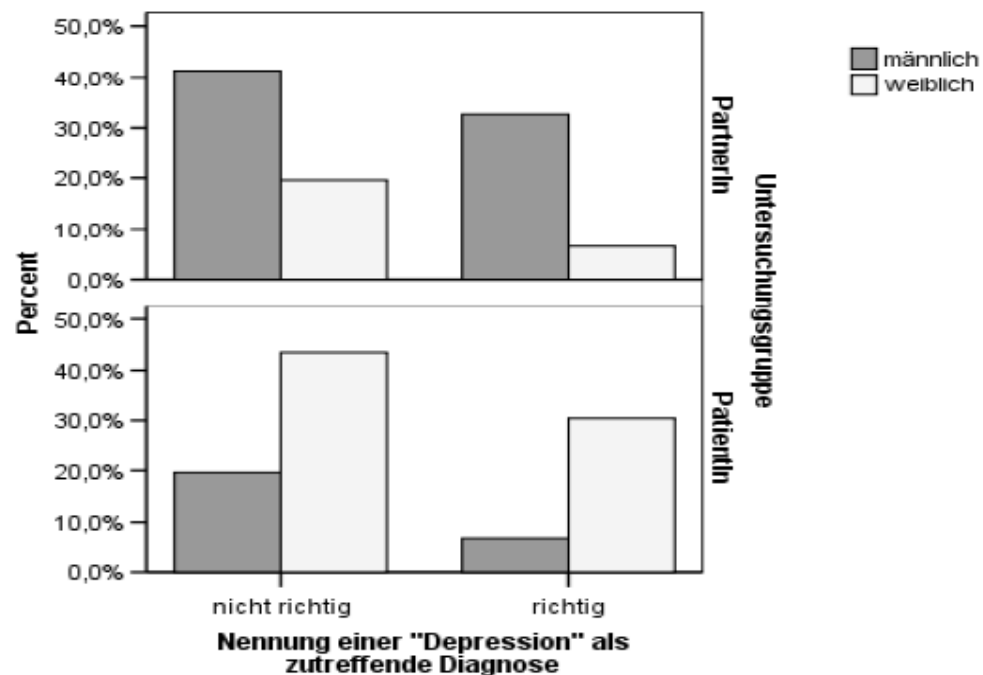


Abbildung 15: Nennung der zutreffenden Diagnose „Depression“

### V.1.2 Ausmaß an „Stigmatisierung“ mit dieser Diagnose

Dafür wurden verschiedene ordinalskalierte Items aus dem Eingangsfragebogen auf signifikante Unterschiede untersucht. Aufgrund des Skalenniveaus sowie keiner vorliegenden Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest) wurde die Auswertung mit dem verteilungsfreien U-Test nach Mann und Whitney (für zwei unabhängige Stichproben) durchgeführt. Die Ergebnisse der Unterschiedsprüfung von Patienten und Partnern hinsichtlich themenzentrierter Aussagen zeigt Tabelle 26.

In der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Items so verschlüsselt wurden, dass die Ausprägung „trifft sehr zu“ mit dem Zahlenwert 4 („trifft nicht zu“ mit dem Zahlenwert 1) verschlüsselt wurden. Der Zahlenwert 0 wurde für die Restkategorie „weiß nicht“ eingeführt.

**Tabelle 20: „Nach meiner Erfahrung glauben viele Menschen, an Depressionen ist man selbst schuld“ (Patienten)**

Patient		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<b>männlich (n=12)</b>	Anzahl	6	0	2	4
	% status	50,0%	,0%	16,7%	33,3%
	% Gesamt	13,0%	,0%	4,3%	8,7%
<b>weiblich (n=34)</b>	Anzahl	5	4	7	18
	% status	14,7%	11,8%	20,6%	52,9%
	% Gesamt	10,9%	8,7%	15,2%	39,1%
<b>Gesamt (n=46)</b>	Anzahl	11	4	9	22
	% Gesamt	23,9%	8,7%	19,6%	47,8%

**Tabelle 21: „Nach meiner Erfahrung glauben viele Menschen, an Depressionen ist man selbst schuld“ (Partner)**

Partner		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<b>männlich (n=34)</b>	Anzahl	6	4	13	11
	% status	17,6%	11,8%	38,2%	32,4%
	% Gesamt	13,0%	8,7%	28,3%	23,9%
<b>weiblich (n=12)</b>	Anzahl	4	4	1	3
	% status	33,3%	33,3%	8,3%	25,0%
	% Gesamt	8,7%	8,7%	2,2%	6,5%
<b>Gesamt (n=46)</b>	Anzahl	10	8	14	14
	% Gesamt	21,7%	17,4%	30,4%	30,4%

Zur statistischen Unterschiedsprüfung wurde der U-Test von Mann & Whitney eingesetzt, da keine Normalverteilung vorliegt. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede (Patienten:  $p = ,086$ ; Partner:  $p = ,132$ ).

**Tabelle 22: „Nach meiner Erfahrung glauben viele Menschen, dass depressive Menschen einfach faul sind“ (Patienten)**

Patient		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
männlich (n=12)	Anzahl	-	3	1	8
	% status	-	25,0%	8,3%	66,7%
	% Gesamt	-	6,5%	2,2%	17,4%
weiblich (n=34)	Anzahl	-	0	4	30
	% status	-	,0%	11,8%	88,2%
	% Gesamt	-	,0%	8,7%	65,2%
Gesamt (n=46)	Anzahl	-	3	5	38
	% Gesamt	-	6,5%	10,9%	82,6%

**Tabelle 23: „Nach meiner Erfahrung glauben viele Menschen, dass depressive Menschen einfach faul sind“ (Partner)**

Partner		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
männlich (n=34)	Anzahl	0	3	3	28
	% status	,0%	8,8%	8,8%	82,4%
	% Gesamt	,0%	6,5%	6,5%	60,9%
weiblich (n=12)	Anzahl	2	3	0	7
	% status	16,7%	25,0%	,0%	58,3%
	% Gesamt	4,3%	6,5%	,0%	15,2%
Gesamt (n=46)	Anzahl	2	6	3	35
	% Gesamt	4,3%	13,0%	6,5%	76,1%

Es ergeben sich bei den Patienten keine signifikanten Unterschiede ( $p = ,058$ ), die Partnerunterschiede sind mit  $p = ,046$  signifikant (U-Test).

**Tabelle 24: „Ich schäme mich wegen einer psychiatrischen Erkrankung“ (Patienten)**

Patient		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
männlich (n=12)	Anzahl	5	2	2	3
	% status	41,7%	16,7%	16,7%	25,0%
	% Gesamt	10,9%	4,3%	4,3%	6,5%
weiblich (n=34)	Anzahl	4	2	3	25
	% status	11,8%	5,9%	8,8%	73,5%
	% Gesamt	8,7%	4,3%	6,5%	54,3%
Gesamt (n=46)	Anzahl	9	4	5	28
	% Gesamt	19,6%	8,7%	10,9%	60,9%

Der U-Test von Mann & Whitney für unabhängige Stichproben (aufgrund der fehlenden Normalverteilung) ergibt mit  $p = ,003$  einen signifikanten Unterschied.

Die Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen den Aussagen und dem Geschlecht ergibt einen Spearman'schen Korrelationskoeffizienten von  $r_s = ,445$  und ist signifikant ( $p = ,002$ )



Tabelle 25: „Ich schäme mich wegen einer psychiatrischen Erkrankung“ (Partnerstichprobe)

Partner		trifft zu	nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<b>männlich</b> (n=34)	Anzahl	7	9	13	5	
	% status	20,6%	26,5%	38,2%	14,7%	
	% Gesamt	15,2%	19,6%	28,3%	10,9%	
<b>weiblich</b> (n=12)	Anzahl	6	1	4	1	
	% status	50,0%	8,3%	33,3%	8,3%	
	% Gesamt	13,0%	2,2%	8,7%	2,2%	
<b>Gesamt</b> (n=46)	Anzahl	13	10	17	6	
	% Gesamt	28,3%	21,7%	37,0%	13,0%	

Es liegen keine signifikanten Geschlechtsunterschiede ( $p = ,191$ ) vor (U-Test).

Tabelle 26: Fragebogenbeantwortung: Vergleich von Patienten und Partnern: U-Test

(\*signifikant ( $p < 0.05$ ), \*\* $p < 0.01$ )

Item	Status	N	Median*	Rang-summe	Signifikanz (2-seitig)
Diagnose hilft mir im Umgang mit Erkrankung	Patient	46	3,00	2398,00	,034*
	Partner	46	2,00	1880,00	
Ich kann die Diagnose gut annehmen	Patient	46	2,00	2028,00	,368
	Partner	46	2,00	2250,00	
Eine andere Diagnose wäre mir lieber	Patient	46	3,50	1968,00	,137
	Partner	46	4,00	2310,00	
Ich habe ein Problem, anderen die Diagnose mitzuteilen	Patient	46	4,00	2142,00	,980
	Partner	46	2,50	2136,00	
Eine körperliche Diagnose wäre mir lieber	Patient	46	3,00	2180,00	,740
	Partner	46	3,00	2098,00	
Ich schäme mich wegen der Erkrankung	Patient	46	3,00	2542,00	,001**
	Partner	46	3,00	1736,00	
Ich schäme mich wegen der Psychiatrie	Patient	46	4,00	2573,00	,000**
	Partner	46	2,50	1705,00	
Viele denken, dass Depressive einfach faul sind	Patient	46	4,00	2226,50	,333
	Partner	46	4,00	2051,50	
Ich befürchte, dass sich viele Leute zurückziehen	Patient	46	2,00	2123,00	,897
	Partner	46	3,00	2155,00	

\* Da die Ausgabe der „mittleren Rangplätze“ in SPSS sich weniger für eine Interpretation eignen, wurde sie durch die Berechnung der Mediane (Mittelwerte → Median) ersetzt

### V.1.3 Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen in der Vorgeschichte

#### V.1.3.1 Psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie

Tabelle 27: Häufigkeiten psychischer Erkrankungen in der familiären Vergangenheit

		ja	nein	weiss nicht
<b>Patient (n=46)</b>	Anzahl	33	13	0
	% Status	71,7%	28,3%	,0%
	% von Gesamt	35,9%	14,1%	,0%
<b>Partner (n=46)</b>	Anzahl	13	29	4
	% Status	28,3%	63,0%	8,7%
	% von Gesamt	14,1%	31,5%	4,3%
<b>Gesamt (n=92)</b>	Anzahl	46	42	4
	% Gesamt	50,0%	45,7%	4,3%

Der Unterschied zwischen der Auftrittshäufigkeit einer familiären psychischen Erkrankung bei Patienten und Partnern ist hier höchst signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson, zweiseitig:  $p=.000$ ). Der Pearson-Korrelationskoeffizient ist bei  $r=.412$  höchst signifikant ( $p=.000$ ).

Tabelle 28: Wer war in der Vergangenheit erkrankt? (Erstnennung)

	Patient (n=46)				Partner (n=46)			
	N	%status	%Person	%Ges.	N	%status	%Person	%Ges.
Mutter	11	23,9	68,8	12,0	5	10,9	31,3	5,4
Tante	0	,0	,0	,0	2	4,3	100,0	2,2
Bruder(S)*	1	2,2	100,0	1,1	0	,0	,0	,0
Vater (S)*	1	2,2	100,0	1,1	0	,0	,0	,0
Cousine	2	4,3	66,7	2,2	1	2,2	33,3	1,1
Vater	11	23,9	68,8	12,0	5	10,9	31,3	5,4
Ehemann	3	6,5	100,0	3,3	0	,0	,0	,0
Schwester	5	10,9	100,0	5,4	0	,0	,0	,0
Sohn	1	2,2	100,0	1,1	0	,0	,0	,0
Ex-Ehefrau	0	,0	,0	,0	1	2,2	100,0	1,1

\*(S)-Tod durch Suizid

Bei den Patienten nennen 13 eine zweite Person, die in ihrer Herkunftsfamilie an einer psychischen Störung erkrankt war oder ist, bei der Gruppe der Partner ist nur eine Person betroffen. Ausschließlich bei den Patienten geben 4 Personen an, ein *drittes Familienmitglied* habe an einer psychischen Erkrankung gelitten (2 Brüder, 2 Schwestern).

#### V.1.3.2 Psychische Probleme in der eigenen Familie

Patienten geben zudem signifikant mehr psychische Probleme in ihrer eigenen aktuellen Familie an ( $p=0,04$ ) als ihre Partner (U-Test nach Mann & Whitney). Bei dem Vergleich der Aussagen der Partner („Ich habe selbst schon unter psychischen Problemen gelitten“) mit der Einschätzung der Patienten („Mein Partner hat selbst schon unter psychischen Proble-

men gelitten“) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (U-Test:  $p=1,00$ ). Tabelle 30 zeigt die Kreuztabelle an.

**Tabelle 29: „Es gibt noch andere psychische Probleme in meiner eigenen Familie“**

		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<b>Patient</b>	Anzahl	11	1	8	26
	% status	23,9%	2,2%	17,4%	56,5%
	% psych.Probleme	37,9%	16,7%	57,1%	60,5%
	% <b>Gesamt</b>	<b>12,0%</b>	<b>1,1%</b>	<b>8,7%</b>	<b>28,3%</b>
<b>Partner</b>	Anzahl	18	5	6	17
	% status	39,1%	10,9%	13,0%	37,0%
	% psych.Probleme	62,1%	83,3%	42,9%	39,5%
	% <b>Gesamt</b>	<b>19,6%</b>	<b>5,4%</b>	<b>6,5%</b>	<b>18,5%</b>
<b>Gesamt</b>	Anzahl	29	6	14	43
	% <b>Gesamt</b>	<b>31,5%</b>	<b>6,5%</b>	<b>15,2%</b>	<b>46,7%</b>

**Tabelle 30: Vergleich der Aussagen zur psychischen Erkrankung in der Vergangenheit**

		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<b>Patient</b> (Partner- einschät- zung)	Anzahl	20	6	8	12
	% status	43,5%	13,0%	17,4%	26,1%
	% psych.Probleme	51,3%	50,0%	42,1%	54,5%
	% <b>Gesamt</b>	<b>21,7%</b>	<b>6,5%</b>	<b>8,7%</b>	<b>13,0%</b>
<b>Partner</b> (Selbst- einschät- zung)	Anzahl	19	6	11	10
	% status	41,3%	13,0%	23,9%	21,7%
	% psych.Probleme	48,7%	50,0%	57,9%	45,5%
	% <b>Gesamt</b>	<b>20,7%</b>	<b>6,5%</b>	<b>12,0%</b>	<b>10,9%</b>
<b>Gesamt</b>	Anzahl	39	12	19	22
	% <b>Gesamt</b>	<b>42,4%</b>	<b>13,0%</b>	<b>20,7%</b>	<b>23,9%</b>

**Tabelle 31: „Es gibt noch andere psychische Probleme in meiner Familie“**

		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<b>Patient</b>	Anzahl	11	1	8	26
	% status	23,9%	2,2%	17,4%	56,5%
	% psych.Probleme	37,9%	16,7%	57,1%	60,5%
	% <b>Gesamt</b>	<b>12,0%</b>	<b>1,1%</b>	<b>8,7%</b>	<b>28,3%</b>
<b>Partner</b>	Anzahl	18	5	6	17
	% status	39,1%	10,9%	13,0%	37,0%
	% psych.Probleme	62,1%	83,3%	42,9%	39,5%
	% <b>Gesamt</b>	<b>19,6%</b>	<b>5,4%</b>	<b>6,5%</b>	<b>18,5%</b>
<b>Gesamt</b>	Anzahl	29	6	14	43
	% status	31,5%	6,5%	15,2%	46,7%
	% <b>Gesamt</b>	<b>31,5%</b>	<b>6,5%</b>	<b>15,2%</b>	<b>46,7%</b>

Chi-Quadrat:  $p= .034$

### V.1.4 Aussagen zum sozialen Umfeld und der wahrgenommenen Unterstützung

Tabelle 32 zeigt die Aussagen von Patienten und Partnern, mit welchen Personen sie über die Erkrankung und ihr Befinden im Alltag sprechen können. Die Zweitnennungen sind in Tabelle C.1.4 (*Anhang*) dargestellt.

Zudem wurde erhoben, mit welchen Menschen das nicht möglich erscheint oder negative Erfahrungen verbunden sind (Tabelle C.1.5, *Anhang*).

Für Patienten und Partner dieser Stichprobe sind die Töchter die wichtigsten Ansprechpartner (26% des Gesamtanteils). Insgesamt geben 24,7% der Teilnehmer an, nicht mit ihren Arbeitskollegen über die Erkrankung reden zu können. Bei 23,3% der Teilnehmer sind es die Partner, bei 16,4% sind das die Eltern und bei 8,2% die Menschen, die sich nicht mit dieser Erkrankung auskennen. An zweiter Stelle werden Arbeitskollegen (32,5% der Nennungen), Menschen, die sich nicht auskennen (27,5%) und Freunde (10%) genannt.

**Tabelle 32: Mit diesen Menschen kann ich über die Erkrankung sprechen (Erstnennung)**

	Patient (n=46)				Partner (n=46)				Σ
	N	% status	% Mensch	% Ges.	N	% status	% Mensch	% Ges.	N
Freunde	3	6,5	25,0	3,3	9	19,6	75,0	9,8	12
Mutter	1	2,2	20,0	1,1	4	8,7	80,0	4,3	5
niemand	1	2,2	6,3	1,1	15	32,6	93,8	16,3	16
Eltern	1	2,2	25,0	1,1	3	6,5	75,0	3,3	4
Partner/Partnerin	22	47,8	81,5	23,9	5	10,9	18,5	5,4	27
Tochter	6	13,0	54,5	6,5	5	10,9	45,5	5,4	11
Schwester*	2	4,3	100,0	2,2	0	,0	,0	,0	2
Freundin*	0	,0	,0	,0	1	2,2	100,0	1,1	1
Freundin**	5	10,9	83,3	5,4	1	2,2	16,7	1,1	6
Sohn	0	,0	,0	,0	3	6,5	100,0	3,3	3
Arzt	1	2,2	100,0	1,1	0	,0	,0	,0	1
Befragung	2	4,3	100,0	2,2	0	,0	,0	,0	2
langjährige Freunde	1	2,2	100,0	1,1	0	,0	,0	,0	1

\* selbst Psychologin \*\* selbst erkrankt

Tabelle 33: Mit diesen Menschen kann ich nicht über die Erkrankung sprechen

Erstnennung	Patient (n=46)				Partner (n=46)				Σ
	N	% status	% Mensch	% Ges.	N	% status	% Mensch	% Ges.	
Partner/Partnerin	10	25,6	58,8	13,7	7	20,6	41,2	9,6	17
Eltern	10	25,6	83,3	13,7	2	5,9	16,7	2,7	12
Bruder	1	2,6	100,0	1,4	0	0	0	0	1
Vater	4	10,3	100,0	5,5	0	0	0	0	4
Ganze Familie	2	5,1	40,0	2,7	3	8,8	60,0	4,1	5
Arbeitskollegen	6	15,4	33,3	8,2	12	35,3	66,7	16,4	18
Bekannte	1	2,6	50,0	1,4	1	2,9	50,0	1,4	2
...die das nicht wissen	0	0	0	0	6	17,6	100,0	8,2	6
...sich nicht auskennen	0	0	0	0	2	5,9	100,0	2,7	2
andere Verwandte	1	2,6	100,0	1,4	0	0	0	0	1
Mutter*	1	2,6	100,0	1,4	0	0	0	0	1
Geschwister*	1	2,6	100,0	1,4	0	0	0	0	1
rede mit keinem	0	0	0	0	1	2,9	100,0	1,4	1
Kinder	2	5,1	100,0	2,7	0	0	0	0	2

\* selbst erkrankt

Tabelle 34: Fragebogenbeantwortung: Vergleich von Patienten und Partnern: U-Test

(\*signifikant ( $p < 0.05$ ), \*\* $p < 0.01$ )

Item	Status	N	Median*	Rang-summe	Signifikanz (2-seitig)
Ich erhalte Unterstützung aus meinem Umfeld	Patient	46	4,00	2698,50	,000**
	Partner	46	2,00	1579,50	
In unserer Familie ist die Erkrankung ein wichtiges Thema	Patient	46	3,00	2006,00	,281
	Partner	46	3,00	2272,00	
Ich denke, allgemein ist zu wenig über Depression bekannt	Patient	46	4,00	2258,00	,188
	Partner	46	4,00	2020,00	
Unsere ganze Familie könnte Unterstützung brauchen	Patient	46	3,00	2274,00	,260
	Partner	46	3,00	2004,00	
Ich habe im Umfeld Menschen, mit denen ich darüber rede	Patient	46	3,00	2349,50	,089
	Partner	46	2,00	1928,50	
Ich habe bereits Beratungsangebote in Anspruch genommen	Patient	46	3,50	2751,50	,000**
	Partner	46	1,00	1526,50	
Ich fühle mich oft von anderen wegen der Erkrankung abgelehnt	Patient	46	3,00	2608,00	,000**
	Partner	46	2,00	1670,00	

\* Da die Ausgabe der „mittleren Rangplätze“ in SPSS sich weniger für eine Interpretation eignen, wurde sie durch die Berechnung der Mediane (Mittelwerte → Median) ersetzt

**Tabelle 35: Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Patientenstichprobe: U-Test**

Item	Status	N	Median*	Mittlere Rang-summe	Signifikanz (2-seitig)
Ich erhalte Unterstützung aus meinem Umfeld	Männer	12	4,00	26,54	,318
	Frauen	34	3,00	22,43	
In unserer Familie ist die Erkrankung ein wichtiges Thema	Männer	12	3,50	31,04	,019*
	Frauen	34	2,00	20,84	
Ich denke, allgemein ist zu wenig über Depression bekannt	Männer	12	4,00	24,88	,508
	Frauen	34	4,00	23,01	
Unsere ganze Familie könnte Unterstützung brauchen	Männer	12	3,00	17,71	,065
	Frauen	34	3,00	25,54	
Ich habe im Umfeld Menschen, mit denen ich darüber rede	Männer	12	3,50	28,08	,152
	Frauen	34	3,00	21,88	
Ich habe bereits Beratungsangebote in Anspruch genommen	Männer	12	3,00	19,50	,194
	Frauen	34	4,00	24,91	
Ich fühle mich oft von anderen wegen der Erkrankung abgelehnt	Männer	12	1,00	18,83	,140
	Frauen	34	3,00	25,15	

**Tabelle 36: Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Partnerstichprobe: U-Test**

Item	Status	N	Median*	Mittlere Rang-summe	Signifikanz (2-seitig)
Ich erhalte Unterstützung aus meinem Umfeld	Männer	34	2,00	20,53	,008*
	Frauen	12	3,00	31,92	
In unserer Familie ist die Erkrankung ein wichtiges Thema	Männer	34	2,50	22,03	,190
	Frauen	12	3,00	27,67	
Ich denke, allgemein ist zu wenig über Depression bekannt	Männer	34	4,00	24,47	,284
	Frauen	12	4,00	20,75	
Unsere ganze Familie könnte Unterstützung brauchen	Männer	34	3,00	23,65	,891
	Frauen	12	3,00	23,08	
Ich habe im Umfeld Menschen, mit denen ich darüber rede	Männer	34	2,00	20,97	,025*
	Frauen	12	3,00	30,67	
Ich habe bereits Beratungsangebote in Anspruch genommen	Männer	34	1,00	22,93	,480
	Frauen	12	1,00	25,13	
Ich fühle mich oft von anderen wegen der Erkrankung abgelehnt	Männer	34	2,00	22,06	,195
	Frauen	12	2,00	27,58	

### V.1.5 Emotionale Auswirkungen durch diese Erkrankung

Die Unterschiede in der Einschätzung der Items des Eingangsfragebogens, die sich auf das emotionale Erleben beziehen, sind in Tabelle 37 dargestellt. Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Patienten- und Partnerstichprobe finden sich in den Tabellen C.1.6 (Anhang) und C.1.7 (Anhang).

Tabelle 37: Unterschiede innerhalb der Gesamtstichprobe: U-Test

Item (Eingangsfragebogen)	Status	N	Median*	Rang- summe	Signifi- kanz (2-seitig)
Durch die Erkrankung hat sich viel für uns verändert	Patient Partner	46 46	3,00 4,00	2082,00 2196,00	,629
Ich ärgere mich über Ratschläge von anderen	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	2434,00 1844,00	,016*
Ich weiss genau, was ich /mein(e) PartnerIn/ jetzt brauche/braucht	Patient Partner	46 46	2,00 2,00	2062,00 2216,00	,532
Ich glaube, dass sich mein(e) PartnerIn eher hilflos fühlt	Patient Partner	46 46	3,00 3,50	1993,00 2285,00	,215
Ich glaube, dass mein(e) PartnerIn nicht richtig weiss, was er/sie tun soll	Patient Partner	46 46	3,50 4,00	2008,50 2269,50	,264
Ich fühle mich eher hilflos	Patient Partner	46 46	4,00 3,00	2671,00 1607,00	,000**
Ich fühle mich eher hoffnungslos	Patient Partner	46 46	3,00 2,00	2627,00 1651,00	,000**
Ich schäme mich wegen der Erkrankung	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	2542,00 1736,00	,001**
Ich fühle mich schuldig	Patient Partner	46 46	4,00 2,00	2813,50 1464,50	,000**
Viele denken, dass Depressive einfach faul sind	Patient Partner	46 46	4,00 4,00	2226,50 2051,50	,333
Vielleicht hätte ich mich /sich mein Partner mehr anstrengen müssen	Patient Partner	46 46	3,50 3,00	2317,00 1961,00	,146
Ich habe das Gefühl, dass mein(e) PartnerIn mich sehr gut versteht	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	2217,00 2061,00	,528
Ich mache mir Sorgen, dass mein(e) PartnerIn/ ich überfordert werde	Patient Partner	46 46	4,00 3,00	2158,00 2120,00	,872
Ich glaube, dass mein(e) PartnerIn wenig darüber weiss, wie es mir geht	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	2051,50 2226,50	,473
Ich brauche etwas, was meinem Leben einen Sinn gibt	Patient Partner	46 46	4,00 4,00	2298,50 1979,50	,134
Ich finde es schwierig, meinem(r) PartnerIn zu sagen, wie es mir geht	Patient Partner	46 46	3,00 3,50	2024,50 2253,50	,342
Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	Patient Partner	46 46	4,00 4,00	2300,50 1977,50	,152
Ich schäme mich wegen einer psychiatrischen Erkrankung	Patient Partner	46 46	4,00 2,50	2573,00 1705,00	,000**
Ich ärgere mich oft über das Verhalten meines(r) PartnerIn	Patient Partner	46 46	3,50 4,00	2008,00 2270,00	,265
Ich ärgere mich oft über die Äußerungen meines(r) PartnerIn	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	2090,00 2188,00	,682

\*signifikant ( $p < 0.05$ ), \*\* $p < 0.01$

Tabelle 38: Situationen, in denen Patienten Ärger auf den Partner empfinden (Erstnennung)

Patientenaussage (n=46) – Erstnennung	N	Prozent	Kumul. Prozent
Druck	2	4,3	4,3
keine Dankbarkeit	1	2,2	6,5
keine	3	6,5	13,0
sich reinsteigern	1	2,2	15,2
wenn Partnerin alles besser kann und weiss	1	2,2	17,4
Untätigkeit	1	2,2	19,6
Kontrolle durch Angehörigen	2	4,3	23,9
wenn Partner zu pedantisch ist	1	2,2	26,1
nicht verstanden werden	5	10,9	37,0
Suchterkrankung des Partners	1	2,2	39,1
wenn PartnerIn trinkt	1	2,2	41,3
wenn ich mich bevormundet fühle	2	4,3	45,7
"Warum wehrst du dich nicht?"	1	2,2	47,8
Reaktion, wenn ich mich zurückziehe	1	2,2	50,0
Vorwürfe	1	2,2	52,2
wenn es Streit zwischen Mann und meiner Tochter gibt	1	2,2	54,3
kein Ärger, sondern Traurigkeit	1	2,2	56,5
wenn er auf meine Wünsche nicht eingeht	2	4,3	60,9
wenn er mich wie ein Kind behandelt	3	6,5	67,4
"Reiß dich zusammen"	4	8,7	76,1
negative Bemerkungen	1	2,2	78,3
wenn Dinge nicht gemacht werden, die ich nicht selbst kann	2	4,3	82,6
wenn er mir alles abnimmt	2	4,3	87,0
ständige Ratschläge, z.B. welche Bücher ich lesen soll	2	4,3	91,3
"nun hab dich nicht so"	1	2,2	93,5
wenn er alles schleifen lässt	1	2,2	95,7
Dickköpfigkeit	1	2,2	97,8
wenn sie perfekt sein möchte	1	2,2	100,0



Tabelle 39: Situationen, in denen Partner Ärger auf den Patienten empfinden (Erstnennung)

Partnernaussage (n=46) - Erstnennung	N	%	Gültige Prozent	Kumul. Prozent
keine	5	10,9	10,9	10,9
Fluchtgedanken	1	2,2	2,2	13,0
Untätigkeit	1	2,2	2,2	15,2
Apathie/sich gehen lassen	6	13,0	13,0	28,3
wenn nichts voran geht	1	2,2	2,2	30,4
verrücktes Benehmen	1	2,2	2,2	32,6
wenn Partner schreit	1	2,2	2,2	34,8
wenn PartnerIn trinkt	1	2,2	2,2	37,0
wenn alles abgeblockt wird	1	2,2	2,2	39,1
wenn ich Handlungen nicht verstehe	2	4,3	4,3	43,5
wenn sie immer dasselbe erzählt	1	2,2	2,2	45,7
Vorwürfe	3	6,5	6,5	52,2
wenn sie alles nur mit der Tochter bespricht	1	2,2	2,2	54,3
wenn sie sich nicht anstrengt	1	2,2	2,2	56,5
nicht reden	2	4,3	4,3	60,9
wenn sie sich hängen lässt	2	4,3	4,3	65,2
wenn er immer dasselbe erzählt	3	6,5	6,5	71,7
wenn Erkrankung als Entschuldigung benutzt wird	1	2,2	2,2	73,9
wenn ich spüre, dass er nicht bereit ist, selbst etwas zu tun	2	4,3	4,3	78,3
wenn sie so empfindlich reagiert	1	2,2	2,2	80,4
wenn sie so viel schläft	1	2,2	2,2	82,6
wenn ich sie nicht verstehe	1	2,2	2,2	84,8
wenn sie alles besser weiss	1	2,2	2,2	87,0
Suizidversuch	2	4,3	4,3	91,3
Freizeitgestaltung	1	2,2	2,2	93,5
wenn sie Hoffnungslosigkeit äußert	2	4,3	4,3	97,8
macht Lösungsvorschläge statt zuzuhören	1	2,2	2,2	100,0

**Tabelle 40: Die größten Ängste der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung (Erstnennung)**

<b>Patientenaussage (n=46) - Erstnennung</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumul. Prozent</b>
berufliches Aus	5	10,9	10,9
dass Depression nie aufhört	2	4,3	15,2
Trennung	3	6,5	21,7
dass Depression wiederkommt	3	6,5	28,3
Zukunftsangst	4	8,7	37,0
Angst vor Alleinsein	1	2,2	39,1
dass ich es nicht bewältige	1	2,2	41,3
Frau kann nicht alles allein schaffen	1	2,2	43,5
Auswirkungen auf Kind/Kinder	3	6,5	50,0
dass ich es nicht in den Griff bekomme	1	2,2	52,2
Angst vor Rückfall	1	2,2	54,3
dass ich es nicht schaffe	1	2,2	56,5
dass es trotz aller Anstrengung nicht besser wird	1	2,2	58,7
dass Energie für Leben und Arbeit nicht mehr zu 100% wieder kommt	3	6,5	65,2
dass es nie mehr weggeht	1	2,2	67,4
dass sie/ich Leistungsfähigkeit einbüßt(e)	2	4,3	71,7
dass ich keinen Sinn mehr im Leben finde	2	4,3	76,1
dass es sich manifestiert	1	2,2	78,3
Angst vor einer Psychose (wie bei Geschwistern)	1	2,2	80,4
dass ich auch noch körperlich krank werde oder bin	1	2,2	82,6
dass ich meine Arbeit nicht mehr schaffe	1	2,2	84,8
dass ich nichts mehr im Leben schaffe	2	4,3	89,1
dass ich nicht mehr belastbar bin	1	2,2	91,3
dass mein Partner überfordert wird	2	4,3	95,7
keine Ängste, Heilung könnte höchstens zu lange dauern	1	2,2	97,8
dass ich Erkrankung nicht in den Griff bekomme	1	2,2	100,0

Tabelle 41: Die größten Ängste der Partner bezüglich der Erkrankung (Erstnennung)

Partneraussage (n=46) - Erstnennung	N	%	Kumul. Prozent
keine	1	2,2	2,2
berufliches Aus	2	4,3	6,5
dass sie/er nicht rauskommt	3	6,5	13,0
dass Depression nie aufhört	1	2,2	15,2
Trennung	6	13,0	28,3
Zukunftsangst	1	2,2	30,4
dass es körperlich schlechter geht	1	2,2	32,6
Suizid	7	15,2	47,8
Auswirkungen auf Kind/Kinder	1	2,2	50,0
dass sie nicht so schnell gesund wird	2	4,3	54,3
Angst vor Rückfall	2	4,3	58,7
dass es finanziell noch schlechter wird	1	2,2	60,9
dass ich sie nicht genug unterstützen kann	1	2,2	63,0
dass Zusammensein noch schwieriger wird	2	4,3	67,4
chronischer Verlauf	2	4,3	71,7
dass sie Lebensmut verliert	1	2,2	73,9
dass die Energie für Leben/ Arbeit nicht mehr zu 100% wiederkommt	3	6,5	80,4
dass es noch schlimmer wird	1	2,2	82,6
dass sie/ich Leistungsfähigkeit einbüßt(e)	2	4,3	87,0
dass er sich nicht genügend anstrengt	2	4,3	91,3
dass es nicht besser wird	1	2,2	93,5
dass sie richtig krank wird	1	2,2	95,7
kein Ende in Sicht	1	2,2	97,8
dass er dadurch körperlich krank wird	1	2,2	100,0

Die Aussagen der Patienten zum empfundenen Ärger werden durch die Zweit- und Drittnennungen erweitert, die sich in den Tabellen C.1.8 (*Anhang*) und C.1.9 (*Anhang*) befinden. Die Zweit- und Drittnennungen der Partner zeigen Tabellen C.1.10 (*Anhang*) und C.1.11 (*Anhang*). Die Zweit- und Drittaussagen zu den Ängsten der Patienten finden sich in den Tabellen C.1.12 (*Anhang*) und C.1.13 (*Anhang*), der Partner in den Tabellen C.1.14 (*Anhang*) und C.1.15

Tabelle 42: Die größten Sorgen der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung (Erstnennung)

Patientenaussage (n=46) - Erstnennung	N	%	Kumul. Prozent
es nie mehr besser wird	3	6,5	6,5
sich meine Frau/Mann trennt	2	4,3	10,9
ich es nicht mehr aushalte	1	2,2	13,0
ich nie mehr gesund werde	3	6,5	19,6
unsere Familie zu sehr belastet wird	1	2,2	21,7
dass ich noch schwerer depressiv werde	1	2,2	23,9
dass ich andere überfordere	3	6,5	30,4
dass Familie zerbricht	2	4,3	34,8
dass Kind auch erkrankt	2	4,3	39,1
dass ich nicht mehr ins Leben zurück finde	1	2,2	41,3
dass er keine Hilfe annimmt	1	2,2	43,5
Arbeitsplatzverlust	1	2,2	45,7
Rückfall	1	2,2	47,8
um mich und meinen Mann	1	2,2	50,0
dass sich Beziehung weiter verschlechtert	2	4,3	54,3
dass sich existentielle Probleme ergeben	3	6,5	60,9
allgemeine Sorgen über die Zukunft	1	2,2	63,0
dass Familie Erkrankung ablehnend behandelt	1	2,2	65,2
mein Kind unter der Situation leidet	1	2,2	67,4
dass sich Partner zu wenig interessiert	1	2,2	69,6
dass ich auf andere dumm wirke	2	4,3	73,9
dass mein Mann aufgibt	2	4,3	78,3
dass Partnerin selbst in der Klinik landet	3	6,5	84,8
dass er so wenig Interesse daran hat	1	2,2	87,0
dass Familie mir nicht verzeihen kann	2	4,3	91,3
dass ich berentet werden muss (finanziell)	1	2,2	93,5
dass er mich nicht mehr so attraktiv findet	2	4,3	97,8
dass ich nicht in der Lage bin, die Krankheit zu bewältigen	1	2,2	100,0

Tabelle 43: Die größten Sorgen der Partner bezüglich der Erkrankung (Erstnennung)

Partneraussage (n=46) - Erstnennung	N	%	Kumul. Prozent
es nie mehr besser wird	4	8,7	8,7
sich meine Frau/Mann trennt	2	4,3	13,0
ich es nicht mehr aushalte	2	4,3	17,4
Suizid / sich etwas antun	7	15,2	32,6
unsere Familie zu sehr belastet wird	1	2,2	34,8
Hilflosigkeit größer wird	1	2,2	37,0
dass Familie zerbricht	2	4,3	41,3
dass Kind auch erkrankt	2	4,3	45,7
dass es finanziell schlechter wird	1	2,2	47,8
Rückfall	4	8,7	56,5
dass wir das alles nicht schaffen	2	4,3	60,9
dass ich überfordert werde	1	2,2	63,0
dass Hilfe immer abgelehnt wird	2	4,3	67,4
dass sich Beziehung weiter verschlechtert	1	2,2	69,6
dass Krankheit immer wiederkommt	1	2,2	71,7
dass sie unfähig wird, ihr Leben selbstständig zu meistern	1	2,2	73,9
sie nicht die richtige Therapie findet	2	4,3	78,3
dass sich die Beziehung verschlechtert	2	4,3	82,6
sich Sorgen machen ist nicht hilfreich, daher vermeide ich es	2	4,3	87,0
dass ich nicht lange damit umgehen kann	1	2,2	89,1
dass es immer wieder kommt	3	6,5	95,7
dass ich immer schlechter mit ihrer Wut zurechtkomme	1	2,2	97,8
dass es noch schlimmer wird	1	2,2	100,0

Die Tabellen 42 und 43 geben die Aussagen zu den größten Sorgen der Patienten und Partner wider, die durch die Erkrankung entstanden sind. Zusätzliche Angaben finden sich in den Tabellen C.1.16 (*Anhang*) und C.1.17 (*Anhang*).

Tabelle 44: „Ich würde mir von meinem Partner wünschen, dass...“ (Patienten)

Patientenaussage (n=46)	N	Prozent	Kumul. Prozent
weiss nicht	2	4,3	4,3
sich nicht trennen	4	8,7	13,0
dass es wieder so wird wie früher	2	4,3	17,4
dass er Arztgespräch wahrnimmt	1	2,2	19,6
soll so bleiben wie er/sie ist	2	4,3	23,9
aufhören zu trinken	1	2,2	26,1
meinen Rückzug akzeptieren	1	2,2	28,3
Therapie machen	2	4,3	32,6
keine unterschwelligen Vorwürfe	1	2,2	34,8
sich auch helfen lässt	1	2,2	37,0
mir mehr glauben	2	4,3	41,3
Verbesserung der Kommunikation	1	2,2	43,5
dass Eltern weiter für mich da sind	1	2,2	45,7
dass Partner selbst eine Therapie macht	2	4,3	50,0
wieder so wird wie früher	1	2,2	52,2
dass er selbst gesünder wird	1	2,2	54,3
trotzdem mit mir glücklich sein	1	2,2	56,5
mich weiterhin so unterstützen wie bisher	3	6,5	63,0
dass er zärtlicher ist	2	4,3	67,4
dass er mir weniger Schuldgefühle macht	2	4,3	71,7
dass er/sie weiterhin zu mir hält	3	6,5	78,3
mehr zuhören und reden	1	2,2	80,4
dass Partner nicht so viel über Krankheiten spricht	1	2,2	82,6
dass er liebevoll mit mir umgeht	2	4,3	87,0
mehr Unterstützung im Alltag	2	4,3	91,3
dass er mir keine böse Absicht unterstellt wegen Krankheit	1	2,2	93,5
dass er auch seine Wünsche äußern kann	2	4,3	97,8
dass sie meine Bedürfnisse wahrnimmt	1	2,2	100,0

Tabelle 45: „Ich würde mir von meinem Partner wünschen, dass...“ (Partner)

Partneraussage (n=46)	N	Prozent	Kumul. Prozent
Kontakt zu anderen psychisch Erkrankten	1	2,2	2,2
dass es wieder so wird wie früher	10	21,7	23,9
endlich wieder normal wird	5	10,9	34,8
mehr Hoffnung bekommen	2	4,3	39,1
immer ehrlich sein	1	2,2	41,3
Hirnschrittmacher	1	2,2	43,5
sich mehr um alles kümmern	1	2,2	45,7
nicht aufhört sich anzustrengen	2	4,3	50,0
mehr auf andere zugehen	1	2,2	52,2
wieder so wird wie früher	1	2,2	54,3
dass er selbst gesünder wird	3	6,5	60,9
mehr sachliche Gespräche	1	2,2	63,0
dass Partnerin mehr für sich tut (körperlich/geistig)	2	4,3	67,4
kleine Dinge selbst erledigen	1	2,2	69,6
dass sie Trauer überwindet	1	2,2	71,7
aktiver zur Lösung des Problems beitragen	1	2,2	73,9
dass sie weiterhin mit mir über alles spricht	2	4,3	78,3
dass sie sich für meine Bemühungen bedankt	2	4,3	82,6
dass er glücklich ist	2	4,3	87,0
auch einmal Kompromisse schließen	1	2,2	89,1
dass sie Krankheit in den Griff bekommt	1	2,2	91,3
dass sie nicht gegen mich arbeitet	1	2,2	93,5
dass sie auch wieder mehr für mich da ist	2	4,3	97,8
dass er nicht so sensibel ist	1	2,2	100,0

Die Einschätzung der Höhe des empfundenen Ärgers im Zusammenhang mit der Erkrankung wurde von den Patienten und den Partnern auf einem Kontinuum (Strahl) von niedrig (Wert 0) über mittel (Wert 5) bis hoch (Wert 10) eingeschätzt.

Bei den Patienten (n=46) schätzen 15,2% (7 Patienten) den Ärger mittelmäßig (Wert 5) ein, 3 Patienten vergeben den Wert 6 (6,5% der Patienten), 8 Patienten den Wert 7 (17,4%), 10 Patienten den Wert 8 (21,7% dieser Untersuchungsgruppe), 11 Patienten den Wert 9 (23,9%) und 4 Patienten den Wert 10 (8,7%).

Bei den Partnern (n=46) vergibt nur eine Person den Wert 0 (2,2%), jeweils 3 Partner beurteilen die Höhe des Ärgers bei 1,2 und 3 (jeweils 6,5%). Eine Person schätzt ihren Ärger bei 4 ein (2,2%), 6 Personen bei 5 (13,0%), 8 Partner wählen den Wert 6 (17,4%), 5 Personen den Wert 7 (10,9% der Partnerstichprobe), 10 Partner den Wert 8 (21,7%), 6 Partner den Wert 9 (13,0%), keine Person wählt den Wert 10.

Bei der Patientenstichprobe liegt der Mittelwert bei 7,28 ( $SD=2,029$ ) und der Median bei 8,00. Bei der Partnerstichprobe ergibt sich ein Mittelwert von 5,85 ( $SD=2,556$ ) und ein Median von 6,00. Der Unterschied ist mit  $p=.004$  (*Chi-Quadrat*) signifikant.

Bei den weiblichen Patienten ( $n=34$ ) schätzen 6 Personen die Höhe des Ärgers bei dem Skalenwert 7 ein (17,6% der Untersuchungsgruppe), 7 Patientinnen bei 8 (20,6%), 11 Patientinnen bei 9 (32,4%) und 4 Patientinnen bei 10 (11,8%). Die männlichen Patienten ( $n=12$ ) entscheiden sich 5mal für den Wert 5 (41,7%), 2mal für den Wert 7 (16,7%) und 3 Personen für den Wert 8 (25,0%).

Der Mittelwert bei den männlichen Patienten liegt bei 5,75 ( $SD=1,815$ ) und der Median bei 5,00. Bei den weiblichen Patienten liegt der Mittelwert bei 7,82 ( $SD=1,834$ ), der Median bei 8,00. Der Unterschied ist mit  $p=.002$  (*Chi-Quadrat*) signifikant.

Bei den weiblichen Partnern ( $n=12$ ) entscheiden sich 3 Personen für den Wert 1 (25,0%), 2 Personen für den Wert 2 (16,7%), zweimal wurde der Wert 6 gewählt (16,7%), einmal der Wert 7 (8,3%). 3 Partnerinnen haben sich für den Wert 8 (25,0%) und eine Person für den Wert 9 (8,3%) entschieden. Die Zellen der Werte 0, 3, 4, 5 und 10 wurden nicht besetzt.

Bei den männlichen Partnern ( $n=34$ ) werden die Werte 0, 2 und 4 von einer Person gewählt (je 2,9%), 3 Personen wählen den Wert 3 (8,8%), je 6 Partner die Werte 5 und 6 (je 17,6%). 4 Partner entscheiden sich für den Wert 7 (11,8%), 7 für den Wert 8 (20,6%) und 5 Personen für den Wert 9 (14,7%). Die Zellen der Werte 1 und 10 bleiben unbesetzt. Der Mittelwert der Beurteilung liegt bei den männlichen Partnern ( $n=34$ ) bei 6,18 ( $SD=2,236$ ), der Median bei 6,00. Bei den weiblichen Partnern ( $n=12$ ) ergibt sich ein Mittelwert von 4,92 ( $SD=3,232$ ) und ein Median von 6,00. Der Unterschied ist nicht signifikant.



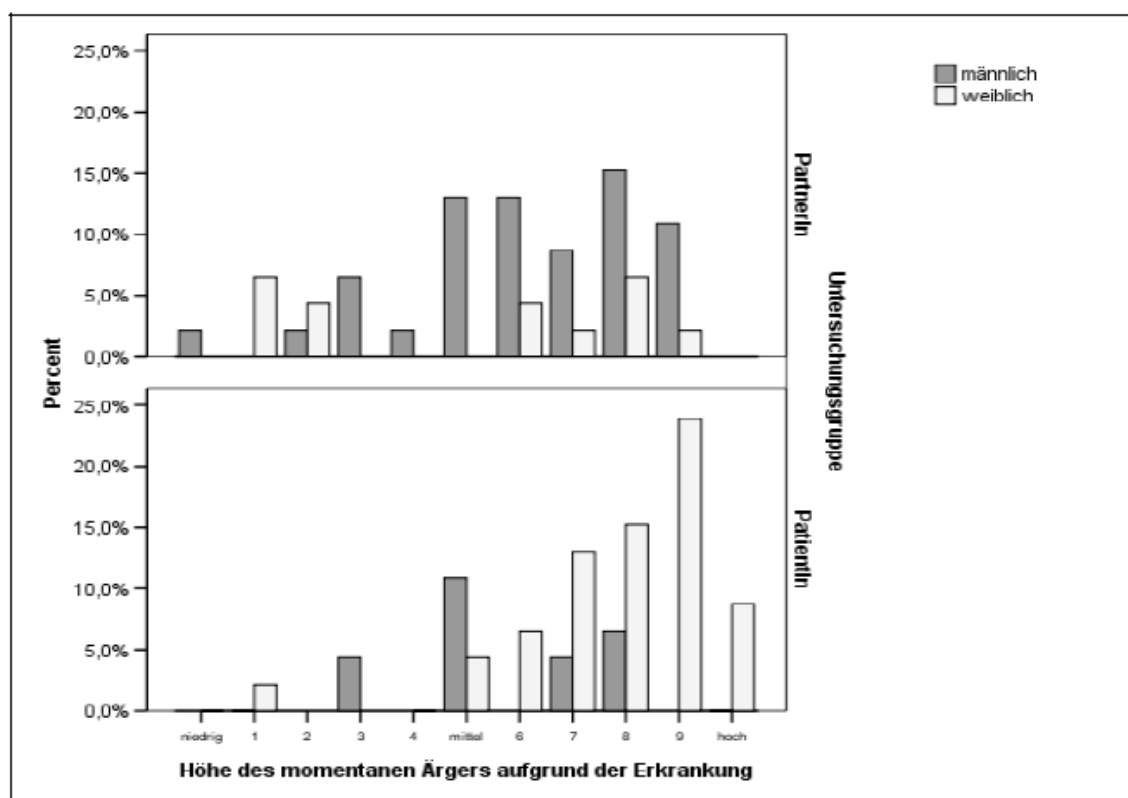


Abbildung 16: Höhe des momentan empfundenen Ärgers aufgrund der Erkrankung bei Patienten und Partnern (geschlechtsspezifisch).

## V.1.6 Familiären Belastungen und Situation der Kinder

**Tabelle 46: Angabe zu familiären Belastungen innerhalb der Gesamtstichprobe (n=92)**

<b>Angabe familiärer Belastungen (n=92)</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumul. Prozent</b>
Keine Angabe	43	46,7	46,7
Konflikte in Herkunftsfamilie	10	10,9	57,6
gab schon kurzzeitige Trennung	1	1,1	58,7
Partner haben sich in Krisensituation kennen gelernt	1	1,1	59,8
symbiotische Patientin-Mutter-Beziehung	1	1,1	60,9
plötzlicher Tod der Mutter in Kindheit	1	1,1	62,0
keine gemeinsamen Kinder trotz Kinderwunsch	6	6,5	68,5
seit früher Kindheit in verschiedenen Heimen aufgewachsen	2	2,2	70,7
Überforderung in Herkunftsfamilie (Alkohol)	1	1,1	71,7
Suizidversuch der Patientin war Aufnahmegrund	4	4,3	76,1
kennen sich schon seit 20 Jahren als Freunde	2	2,2	78,3
Herkunftsland: Russland	1	1,1	79,3
selbst erkrankter Angehöriger	3	3,3	82,6
erlebte als Kind tödlichen Unfall des Bruders mit	1	1,1	83,7
Eltern haben Kinderpsychologen aufgesucht	2	2,2	85,9
Angehörige war selbst erkrankt	4	4,3	90,2
Beziehungskonflikte	3	3,3	93,5
fühlen sich isoliert durch STASI-Vergangenheit	2	2,2	95,7
Herkunftsland: Polen	2	2,2	97,8
Partner ist aktuell selbst erkrankt (körperlich u. psychisch)	1	1,1	98,9
Ex-Mann war Alkoholiker	1	1,1	100,0

Weitere familiäre Belastungen finden sich für die Patienten in Tabelle 1.18 (*Anhang*), für die Partner in Tabelle 1.19 (*Anhang*).

**Tabelle 47: Angabe zu familiären Besonderheiten (n=92)**

<b>Weitere familiäre Belastungen (n=92)</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumul. %</b>
Keine Angabe	62	67,4	67,4
Angst, dass Kind auch die Krankheit hat	7	7,6	75,0
Kind schwer behindert	1	1,1	76,1
PartnerIn war selbst erkrankt	1	1,1	77,2
Tochter auch depressiv	1	1,1	78,3
allgemeine Überforderungssituation	1	1,1	79,3
Angst, dass Kinder beeinträchtigt werden	4	4,3	83,7
Tochter "als beste Freundin"	2	2,2	85,9
Sorge um geringe emotionale Bindung an Kind(er)	4	4,3	90,2
pflegebedürftige Mutter im Haushalt	2	2,2	92,4
Sorge um emotionale Probleme der Frau/des Mannes/der Kinder	3	3,3	95,7
selbst erkrankter Partner/Angehöriger	4	4,3	100,0

Die Verteilung der Anzahl der Kinder bis 18 Jahren in der Gesamtstichprobe ist in Tabelle 48 dargestellt. Patienten und Partner unterscheiden sich nicht signifikant bei der Anzahl der Kinder (Chi-Quadrat:  $p = ,555$ ). Die Altersverteilung der Kinder in der Stichprobe zeigt Tabelle 49, Angaben zu Auffälligkeiten gibt Tabelle 50 wieder.

**Tabelle 48: Anzahl der Kinder (bis 18 Jahren) in der Gesamtstichprobe (n=92)**

Anzahl der Kinder	Häufigkeit	Prozent	Kumul. %
Keine Kinder	11	12,0	12,0
1 Kind	38	41,3	53,3
2 Kinder	34	37,0	90,2
3 Kinder	7	7,6	97,8
4 Kinder	2	2,2	100,0

**Tabelle 49: Altersverteilung des jüngsten Kindes in der Gesamtstichprobe (n=92)**

Alter der Kinder (bis 18 Jahre)	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
3 Jahre	1	1,1	2,7	2,7
5 Jahre	2	2,2	5,4	8,1
6 Jahre	2	2,2	5,4	13,5
7 Jahre	3	3,3	8,1	21,6
8 Jahre	3	3,3	8,1	29,7
10 Jahre	9	9,8	24,3	54,1
12 Jahre	4	4,3	10,8	64,9
13 Jahre	1	1,1	2,7	67,6
14 Jahre	2	2,2	5,4	73,0
15 Jahre	4	4,3	10,8	83,8
16 Jahre	1	1,1	2,7	86,5
17 Jahre	2	2,2	5,4	91,9
18 Jahre	3	3,3	8,1	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>40,2</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 50: Auffälligkeiten der Kinder (eine Nennung) in der Gesamtstichprobe (n=92)

<b>Auffälligkeiten der Kinder: Gesamtstichprobe (n=92)</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
lernbehindert	1	1,1	3,2	3,2
emotional/depressiv	10	10,9	32,3	35,5
verhaltensauffällig	5	5,4	16,1	51,6
möchte alle trösten	5	5,4	16,1	67,7
ADHS / LRS	3	3,3	9,7	77,4
Verhalten und emotional	5	5,4	16,1	93,5
ängstlich	2	2,2	6,5	100,0
Gesamt	31	33,7	100,0	
Fehlende Werte	61	66,3		

Tabelle 51: Beschreibung der Besonderheiten in der Eltern-Kind-Beziehung (Gesamt:n=92)

<b>Aussagen zu Eltern-Kind-Beziehung: Gesamtstichprobe (n=92)</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Keine Angabe	54	58,7	58,7
Tochter ist engste Vertraute	1	1,1	59,8
angespannte Vater-Sohn-Beziehung	2	2,2	62,0
Angst, Kind überfordert zu haben (Mutter)	2	2,2	64,1
starke Mutter-Sohn-Bindung	4	4,3	68,5
enge Eltern-Kind-Beziehung	2	2,2	70,7
übermäßig starke Mutter-Tochter-Bindung	9	9,8	80,4
„schwierige“ Mutter-Kind-Beziehung	6	6,5	87,0
„gute“ Eltern-Kind-Beziehung	2	2,2	89,1
"Gefühllosigkeit" für Kind (Mutter)	1	1,1	90,2
schwierige Kind-Mutter-Stiefvater-Beziehung	3	3,3	93,5
Erziehungskonflikte als Belastung	4	4,3	97,8
distanzierte Vater-Kind-Beziehung	2	2,2	100,0

## V.2 Welche Behandlungserfahrungen und Behandlungsvorstellungen haben Patienten und ihre Partner?

### V.2.1 Vorstellungen bezüglich der Erkrankungshäufigkeit und Krankheitsdauer

Tabelle 52: Wissen der Partner um die Erkrankungshäufigkeit (Häufigkeitsverteilung)

Partner		irgendwann kann es jeder haben	jeder 10. Mensch	jeder 100. Mensch	sehr selten
<b>Männer</b> <b>N=34</b>	Anzahl	7	4	22	1
	% Geschlecht	20,6%	11,8%	64,7%	2,9%
	% Gesamt	15,2%	8,7%	47,8%	2,2%
<b>Frauen</b> <b>N=12</b>	Anzahl	4	0	8	0
	% Geschlecht	33,3%	,0%	66,7%	,0%
	% Gesamt	8,7%	,0%	17,4%	,0%
<b>Gesamt</b> <b>N=46</b>	Anzahl	11	4	30	1
	% Gesamt	23,9%	8,7%	65,2%	2,2%

Tabelle 53: Wissen der Patienten um die Erkrankungshäufigkeit (Häufigkeitsverteilung)

Patienten		irgendwann kann es jeder haben	jeder 10. Mensch	jeder 100. Mensch	sehr selten
<b>Männer</b> <b>N=12</b>	Anzahl	0	10	2	-
	% Geschlecht	,0%	83,3%	16,7%	-
	% Gesamt	,0%	21,7%	4,3%	-
<b>Frauen</b> <b>N=34</b>	Anzahl	8	19	7	-
	% Geschlecht	23,5%	55,9%	20,6%	-
	% Gesamt	17,4%	41,3%	15,2%	-
<b>Gesamt</b> <b>N=46</b>	Anzahl	8	29	9	-
	% Gesamt	17,4%	63,0%	19,6%	-

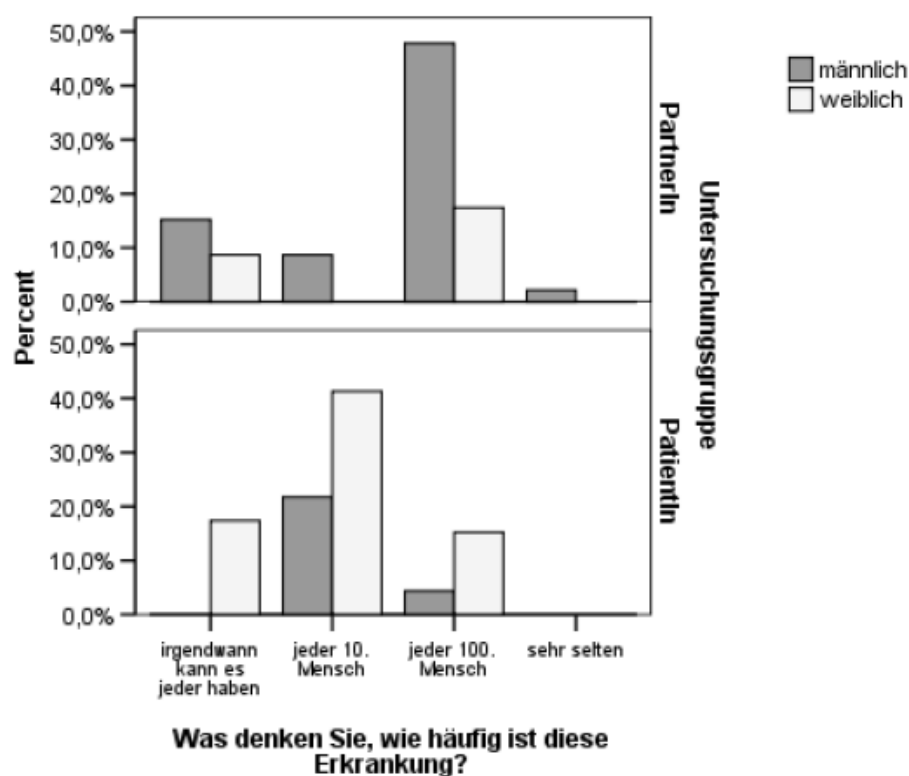


Abbildung 17: Angenommene Häufigkeit der Erkrankung

Tabelle 54: Wissen der Partner um die Erkrankungsdauer (Häufigkeitsverteilung)

Partner (N=46)		Wie lange dauert Erkrankung?							
		1 Mon.	2 Mon.	3 Mon.	6 Mon.	12 Mon.	ganzes Leben	weiss nicht	länger 1 Jahr
Männer	Count	1	2	5	3	1	10	9	3
	%sex	2,9%	5,9%	14,7%	8,8%	2,9%	29,4%	26,5%	8,8%
	%ges	2,2%	4,3%	10,9%	6,5%	2,2%	21,7%	19,6%	6,5%
Frauen	Count	0	0	0	0	3	4	3	2
	%sex	,0%	,0%	,0%	,0%	25,%	33,3%	25,0%	16,7%
	%ges	,0%	,0%	,0%	,0%	6,5%	8,7%	6,5%	4,3%
Gesamt	Count	1	2	5	3	4	14	12	5
	%ges	2,2%	4,3%	10,9%	6,5%	8,7%	30,4%	26,1%	10,9%

Tabelle 55: Wissen der Patienten um die Erkrankungsdauer (Häufigkeitsverteilung)

Patienten (N=46)		Wie lange dauert Erkrankung?							
		1 Mon.	2 Mon.	3 Mon.	6 Mon.	12 Mon.	ganzes Leben	weiss nicht	länger 1 Jahr
Männer	Count	0	-	0	0	1	4	3	4
	%sex	,0%	-	,0%	,0%	8,3%	33,3%	25,0%	33,3%
	%ges	,0%	-	,0%	,0%	2,2%	8,7%	6,5%	8,7%
Frauen	Count	2	-	7	4	1	15	4	1
	%sex	5,9%	-	20,6%	11,8%	2,9%	44,1%	11,8%	2,9%
	%ges	4,3%	-	15,2%	8,7%	2,2%	32,6%	8,7%	2,2%
Gesamt	Count	2	-	7	4	2	19	7	5
	%ges	4,3%	-	15,2%	8,7%	4,3%	41,3%	15,2%	10,9%

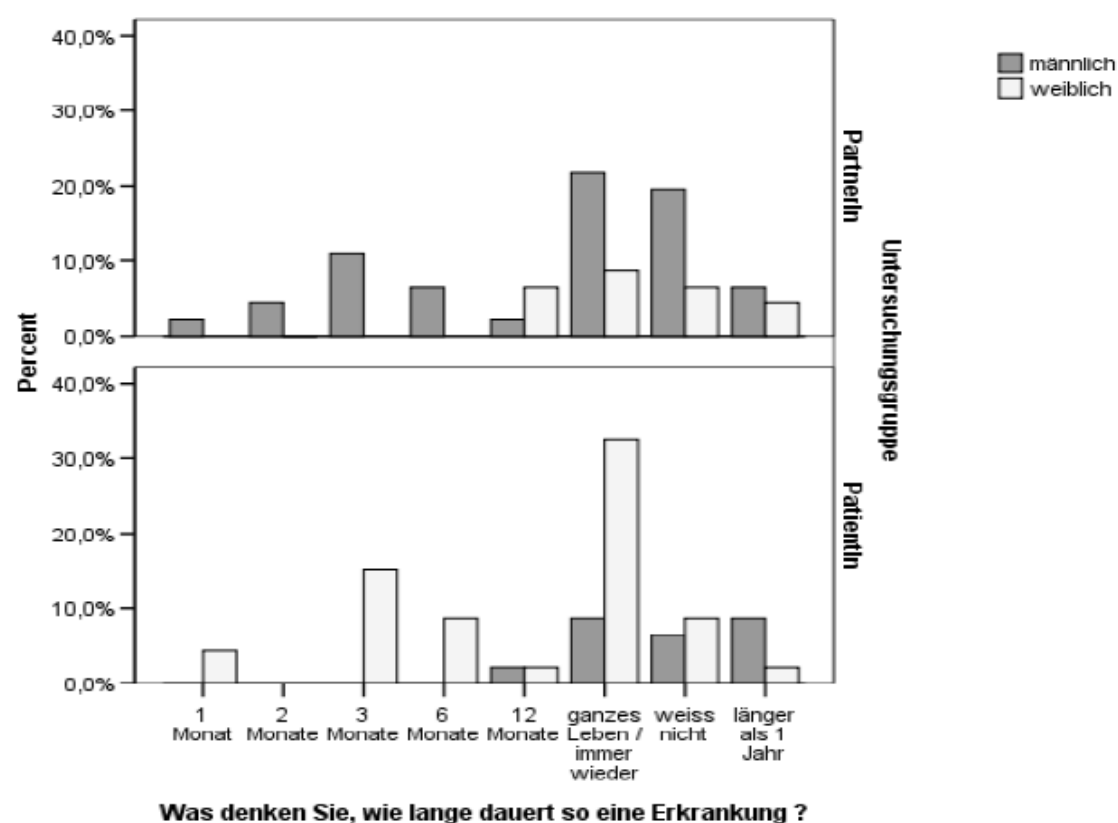


Abbildung 18: Angenommene Dauer der Erkrankung

## V.2.2 Information über verschiedene Bereiche der Behandlung

Tabelle 56: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung: U-Test

Status		gar nicht	wenig	gut	sehr gut	Rang- mittel	Signi- fikanz
<b>Information über die Diagnose</b>							
<b>Patienten (N=46)</b>	Count	2	14	22	8	54,46	
	% von status	4,3%	30,4%	47,8%	17,4%		
	% gesamt	2,2%	15,2%	23,9%	8,7%		
<b>Partner (N=46)</b>	Count	5	25	14	2	38,54	
	% von status	10,9%	54,3%	30,4%	4,3%		
	% gesamt	5,4%	27,2%	15,2%	2,2%		
<b>Gesamt (N=92)</b>	Count	7	39	36	10		,002
	% gesamt	7,6%	42,4%	39,1%	10,9%		

Tabelle 56: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung (Fortsetzung)

Status		gar nicht	wenig	gut	sehr gut	Rang- mittel	Signi- fikanzt
		Information über die Ursachen					
Patienten (N=46)	Count	3	28	9	6	55,82	
	% von status	6,5%	60,9%	19,6%	13,0%		
	% gesamt	3,3%	30,4%	9,8%	6,5%		
Partner (N=46)	Count	17	23	6	0	37,18	
	% von status	37,0%	50,0%	13,0%	,0%		
	% gesamt	18,5%	25,0%	6,5%	,0%		
Gesamt (N=92)	Count	20	51	15	6		,000
	% gesamt	21,7%	55,4%	16,3%	6,5%		
		Information über den Verlauf					
Patienten (N=46)	Count	4	27	14	1	56,62	
	% von status	8,7%	58,7%	30,4%	2,2%		
	% gesamt	4,3%	29,3%	15,2%	1,1%		
Partner (N=46)	Count	19	23	4	0	36,38	
	% von status	41,3%	50,0%	8,7%	,0%		
	% gesamt	20,7%	25,0%	4,3%	,0%		
Gesamt (N=92)	Count	23	50	18	1		,000
	% gesamt	25,0%	54,3%	19,6%	1,1%		
		Information über Nachbehandlung					
Patienten (N=46)	Count	12	19	14	1	50,92	
	% von status	26,1%	41,3%	30,4%	2,2%		
	% gesamt	13,0%	20,7%	15,2%	1,1%		
Partner (N=46)	Count	14	27	5	0	42,08	
	% von status	30,4%	58,7%	10,9%	,0%		
	% gesamt	15,2%	29,3%	5,4%	,0%		
Gesamt (N=92)	Count	26	46	19	1		,084
	% gesamt	28,3%	50,0%	20,7%	1,1%		
		Information über Behandlungsmöglichkeiten					
Patienten (N=46)	Count	2	25	17	2	53,43	
	% von status	4,3%	54,3%	37,0%	4,3%		
	% gesamt	2,2%	27,2%	18,5%	2,2%		
Partner (N=46)	Count	4	36	6	0	39,57	
	% von status	8,7%	78,3%	13,0%	,0%		
	% gesamt	4,3%	39,1%	6,5%	,0%		
Gesamt (N=92)	Count	6	61	23	2		,003
	% gesamt	6,5%	66,3%	25,0%	2,2%		
		Information über Angehörigenberatung					
Patienten (N=46)	Count	21	16	8	1	51,24	
	% von sex	45,7%	34,8%	17,4%	2,2%		
	% gesamt	22,8%	17,4%	8,7%	1,1%		
Partner (N=46)	Count	28	16	2	0	41,76	
	% von sex	60,9%	34,8%	4,3%	,0%		
	% gesamt	30,4%	17,4%	2,2%	,0%		
Gesamt (N=92)	Count	49	32	10	1		0,58
	% gesamt	53,3%	34,8%	10,9%	1,1%		
		Information über Ziel der Behandlung					
Patienten (N=46)	Count	0	19	26	1	50,40	
	% von sex	,0%	41,3%	56,5%	2,2%		
	% gesamt	,0%	20,7%	28,3%	1,1%		
Partner (N=46)	Count	8	15	23	0	42,60	
	% von sex	17,4%	32,6%	50,0%	,0%		
	% gesamt	8,7%	16,3%	25,0%	,0%		
Gesamt (N=92)	Count	8	34	49	1		,117
	% gesamt	8,7%	37,0%	53,3%	1,1%		
		Information über Risiken/Nebenwirkungen					
Patienten (N=46)	Count	10	16	20	0	50,54	
	% von sex	21,7%	34,8%	43,5%	,0%		
	% gesamt	10,9%	17,4%	21,7%	,0%		
Partner (N=46)	Count	14	20	11	1	42,46	
	% von sex	30,4%	43,5%	23,9%	2,2%		



Tabelle 56: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung (Fortsetzung)

Status		gar nicht	wenig	gut	sehr gut	Rang-mittel	Signi-fikanz
		Information über Risiken/Nebenwirkungen					
	% gesamt	15,2%	21,7%	12,0%	1,1%		
Gesamt (N=92)	Count	24	36	31	1		
	% gesamt	26,1%	39,1%	33,7%	1,1%		,122
		Information über Krankheitsbewältigung					
Patienten (N=46)	Count	7	30	8	1	55,13	
	% von sex	15,2%	65,2%	17,4%	2,2%		
	% gesamt	7,6%	32,6%	8,7%	1,1%		
Partner (N=46)	Count	20	25	1	0	37,87	
	% von sex	43,5%	54,3%	2,2%	,0%		
	% gesamt	21,7%	27,2%	1,1%	,0%		
Gesamt (N=92)	Count	27	55	9	1		
	% gesamt	29,3%	59,8%	9,8%	1,1%		,000

Die Gruppenunterschiede wurden mit dem U-Test von Mann & Whitney für zwei unabhängige Stichproben geprüft. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Patienten- und Partnerstichproben zur Depressionsbehandlung sind in den Tabellen C.2.1 (Anhang) und C.2.2 (Anhang) dargestellt.

Für die Interpretation der Ergebnisse aus der Fragestellung, wie gut sich Patienten und Partner über die Bereiche der Erkrankung informiert *fühlen*, sollen zusätzlich Mittelwerte und Median betrachtet werden (Analysieren → Mittelwerte vergleichen → Median). Die Teilnehmer haben vorgegebene Bereiche als „sehr gut“ (Punktwert 4), „gut“ (3), „wenig“ (2) oder „gar nicht“ (1) eingeschätzt. Bei Bereichen, die den Teilnehmern nicht bekannt waren und für die sie keine Einschätzung vornehmen konnten, wurde die Zusatzkategorie „weiß nicht / kenne ich nicht“ (0) eingeführt.

Geschlechtsspezifische Einschätzungen der Patienten (Mittelwerte, Median) zeigt Tabelle C.2.3 (Anhang), der Partner Tabelle C.2.4 (Anhang).

Tabelle 57: Einschätzung der Depressionsbehandlung (Mittelwerte und Median)

Information über Bereiche der Erkrankung	PatientIn (n=46)		PartnerIn (n=46)		Gesamt (n=92)	
	Mean	Median	Mean	Median	Mean	Median
Info über Diagnose	2,78	3,00	2,28	2,00	2,53	2,50
Info über Ursachen	2,39	2,00	1,76	2,00	2,08	2,00
Info über Verlauf	2,26	2,00	1,67	2,00	1,97	2,00
Info über Nachbehandlung	2,09	2,00	1,80	2,00	1,95	2,00
Info Behandlungsmöglichkeiten	2,41	2,00	2,04	2,00	2,23	2,00
Info Angehörigenberatung	1,76	2,00	1,43	1,00	1,60	1,00
Info Ziel der Behandlung	2,61	3,00	2,33	2,50	2,47	3,00
Info über Risiken/Nebenwirkung	2,22	2,00	1,98	2,00	2,10	2,00
Info Krankheitsbewältigung	2,07	2,00	1,59	2,00	1,83	2,00

### V.2.3 Hilfreiche Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung

Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden die Einschätzungen der Behandlungsvorschläge (zum Beispiel: Gespräch mit behandelndem Arzt, Entspannungsverfahren, Selbsthilfegruppe) von Patienten und Partnern ausgewertet. Die vorgegebenen Items wurden nach „sehr hilfreich (4) - etwas hilfreich (3) - kaum hilfreich (2) - nicht hilfreich (1)“ eingeordnet und kodiert. Für einige Items wurde die Zusatzkategorie „weiß nicht (0)“ eingeführt. Durch die Auswahl einer vierfachen Abstufung sollte eine „Tendenz zur Mitte“ vermieden werden. Für die Interpretation der Ergebnisse aus der Fragestellung, welche Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung Patienten und Partner für hilfreich erachten, sollen zusätzlich die Mittelwerte und der Median betrachtet werden.

Die Teilnehmer haben vorgegebene Behandlungsvorschläge als „sehr hilfreich“ (Punktwert 4), „etwas hilfreich“ (3), „kaum hilfreich“ (2) oder „nicht hilfreich“ (1) eingeschätzt. Bei Vorschlägen, die den Teilnehmern nicht bekannt waren und für die keine Einschätzung vorgenommen werden konnte, wurde die Zusatzkategorie „weiß nicht / kenne ich nicht“ (0) eingeführt.

Tabelle 58: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten (Mittelwerte und Mediane)

Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten	PatientIn (N=46)		PartnerIn (N=46)		Gesamt (N=92)	
	Mean	Median	Mean	Median	Mean	Median
Gespräch mit Arzt (Behandler)	3,54	4,00	3,74	4,00	3,64	4,00
~ mit Familienangehörigen	2,67	3,00	2,59	2,50	2,63	3,00
~ mit Freunden / Bekannten	2,57	2,50	2,30	2,00	2,43	2,00
~ mit anderen Patienten	2,78	3,00	2,43	3,00	2,61	3,00
Entspannungsverfahren	2,37	2,00	3,09	3,00	2,73	3,00
Bücher	2,46	2,00	2,52	2,00	2,49	2,00
Internet	1,85	1,50	2,57	3,00	2,21	2,00
Medikamente	3,26	3,00	3,35	4,00	3,30	4,00
Gespräch mit Pflegepersonal	2,57	3,00	2,15	2,00	2,36	2,00
Gespräch mit anderem Arzt	2,57	3,00	3,04	3,00	2,80	3,00
Gespräch mit Psychologen	2,96	3,00	2,67	2,00	2,82	3,00
Gespräch mit Sozialarbeiter	2,22	3,00	2,41	2,00	2,32	2,00
Psychotherapie	2,67	3,00	2,11	2,00	2,39	2,50
Gespräch mit Partner	2,93	3,00	3,13	3,00	3,03	3,00
Selbsthilfegruppe	1,78	1,00	1,89	1,00	1,84	1,00
Gruppentherapie	2,48	2,50	2,46	2,50	2,47	2,50
Seelsorge, Pfarrer	1,24	1,00	1,39	1,00	1,32	1,00
viel Ruhe	3,17	3,00	3,50	4,00	3,34	4,00
Bewegung	3,30	3,00	3,52	4,00	3,41	3,00
Ergotherapie	3,17	4,00	1,93	2,00	2,55	3,00

Die Antworten folgen keiner Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test), daher wurde ein parameterfreies Verfahren gewählt (U-Test nach Mann & Whitney für un-abhängige Stichproben), um die Unterschiede zwischen Patienten und Partnern in der Einschätzung statistisch zu überprüfen. Die statistischen Ergebnisse finden sich in Tabelle C.2.5 (*Anhang*). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Einschätzungen der Behandlungsmöglichkeiten sind für die Patienten in Tabelle C.2.6 (*Anhang*) und die Partner in Tabelle C.2.7 (*Anhang*) dargestellt.

**Tabelle 59: Übereinstimmung mit dem Partner bei Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung**

Skala	PatientIn (n=46)			PartnerIn (n=46)			Gesamt (n=92)	
	N	% Gruppe	% Gesamt	N	% Gruppe	% Gesamt	N	%
0(niedrig)	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
1	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
2	4	8,7%	4,3	1	2,2%	1,1%	5	5,4%
3	7	15,2%	7,6	9	19,6%	9,8%	16	17,4%
4	1	2,2%	1,1	3	6,5%	3,3%	4	4,3%
5 (mittel)	6	13,0%	6,5	13	28,3%	14,1%	19	20,7%
6	5	10,9%	5,4	3	6,5%	3,3%	8	8,7%
7	6	13,0%	6,5	6	13,0%	6,5%	12	13,0%
8	8	17,4%	8,7	9	19,6%	9,8%	17	18,5%
9	7	15,2%	7,6	1	2,2%	1,1%	8	8,7%
10(hoch)	-	-	-	-	-	-	-	-

Median: PatientIn: 6,00; PartnerIn: 5,00 / Asymp. Signifikanz (zweiseitig): ,374 (U-Test)

**Tabelle 60: Eigene momentanen Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung**

Skala	PatientIn (n=46)			PartnerIn (n=46)			Gesamt (n=92)	
	N	% Gruppe	% Gesamt	N	% Gruppe	% Gesamt	N	%
0(niedrig)	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
1	3	6,5%	3,3%	7	15,2%	7,6%	10	10,9%
2	19	41,3%	20,7%	13	28,3%	14,1%	32	34,8%
3	7	15,2%	7,6%	5	10,9%	5,4%	12	13,0%
4	8	17,4%	8,7%	15	32,6%	16,3%	23	25,0%
5 (mittel)	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%	2	2,2%
6	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
7	2	4,3%	2,2%	4	8,7%	4,3%	6	6,5%
8	3	6,5%	3,3%	0	,0%	,0%	3	3,3%
9	-	-	-	-	-	-	-	-
10 (hoch)	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%

Median: PatientIn: 3,50; PartnerIn: 4,00 / Asymp. Signifikanz (zweiseitig): ,913 (U-Test)

### V.3 Welche Ursachen für die Entstehung der depressiven Erkrankung werden von Patienten und Partnern generiert?

#### V.3.1 Ursachen für diese Erkrankung

Tabelle 61: Ursachen der depressiven Erkrankung (Erstnennung)

Erstnennung		ich selbst/ der Betroffene selbst	äußere Umstände
<b>Patient</b> (n=46)	Anzahl	28	18
	% Patient	60,9%	39,1%
	% Hauptursache	45,2%	60,0%
	% Gesamt	30,4%	19,6%
<b>Partner</b> (n=46)	Anzahl	34	12
	% Partner	73,9%	26,1%
	% Hauptursache	54,8%	40,0%
	% Gesamt	37,0%	13,0%
<b>Gesamt</b> (n=92)	Anzahl	62	30
	% Gesamt	67,4%	32,6%

Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ( $\chi^2$ :  $p = ,184$ ).

Tabelle 62: Ursachen der depressiven Erkrankung (Zweitnennung)

		Erkrankter/ ich selbst	äußere Umstände	schicksalhaft
<b>Patient</b> (n=46)	Anzahl	2	22	7
	% Patient	6,5%	71,0%	22,6%
	% Gesamt	3,3%	36,7%	11,7%
<b>Partner</b> (n=46)	Anzahl	0	22	7
	% Partner	,0%	75,9%	24,1%
	% Gesamt	,0%	36,7%	11,7%
<b>Gesamt</b> (n=92)	Anzahl	2	44	14
	% Gesamt	3,3%	73,3%	23,3%

Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ( $\chi^2$ :  $p = ,577$ ).

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lokalisation der Krankheitsursachen ( $\chi^2$ -Test, zweiseitig) lassen sich weder in der Partnerstichprobe bei der Erstnennung ( $p = ,387$ ) und der Zweitnennung ( $p = ,753$ ), noch in der Patientenstichprobe bei der Erstnennung ( $p = ,064$ ) und Zweitnennung ( $p = ,688$ ) statistisch absichern. Bei den Erstnennungen wurde die Kategorie „schicksalhaft“ nicht ausgewählt. Die geschlechtsspezifische Auswertung befindet sich in Tabelle C.3.1 (Anhang).

### V.3.2 Veränderung der Sicht auf die Ursachen der Erkrankung über die Zeit

Zur Erhebung der Veränderung der Sicht auf die Ursachen über die Zeit der Erkrankung wurde in dem Interview die Frage „Hat sich Ihre Sicht auf die Ursachen der Erkrankung über die Zeit verändert? Wenn ja, wie?“ frei beantwortet.

Tabelle 63: Veränderung der Sicht auf die Ursachen über die Zeit

		ja	nein	weiss nicht
<b>Patient (n=46)</b>	männlich (n=12)	3 (25,0%)	8 (66,7%)	1 (8,3%)
	weiblich (n=34)	18 (52,9%)	16 (47,1%)	-
	gesamt	21 (46,6%)	24 (52,2%)	1 (2,2%)
<b>Partner (n=46)</b>	männlich (n=34)	16 (47,1%)	12 (35,3%)	6 (17,6%)
	weiblich (n=12)	4 (33,3%)	8 (66,7%)	-
	gesamt	20 (43,5%)	20 (43,5%)	6 (13,0%)
<b>Gesamt (n=92)</b>		<b>41</b>	<b>44</b>	<b>7</b>

Tabelle 64: Veränderung der Sicht auf die Ursachen über die Zeit (Patientenaussage)

Veränderungen der Sicht auf die Ursachen über die Zeit (Patienten)	männl.	weibl.	Σ
es liegt nicht nur an mir	0	1	1
früher dachte ich, alles meine Schuld, jetzt ist Erziehung schuld	0	1	1
jetzt denke ich, es liegt an der Erziehung	0	1	1
habe es früher nicht als Krankheit gesehen	0	1	1
Schicksal spielt bestimmt doch eine Rolle	0	1	1
glaube mehr, dass es genetisch ist	0	1	1
ist nicht mehr meine Schuld, sondern Vererbung	0	2	2
ich muss selbst etwas tun, vieles liegt an mir	0	1	1
dachte früher, es liegt an mir, aber es liegt an der Erkrankung	1	0	1
denke heute, es liegt an strenger Kindheit und Hänseleien in der Schule	0	2	2
liegt daran, dass ich nicht optimistisch genug durchs Leben gehe	2	0	2
konnte es in der ersten Zeit gar nicht akzeptieren	0	1	1
hat vielleicht doch ein wenig mit mir zu tun	0	1	1
denke, es ist Vererbung und Stress	0	2	2
zuerst, es ist persönliches Versagen, jetzt eher vielfältig und genetisch	0	1	1
denke jetzt, es ist vieles: Erziehung und Genetik	0	1	1
denke jetzt, ich bin nicht mehr ganz allein schuld daran	0	2	2
<b>Gesamt</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>22</b>

Tabelle 65: Veränderung der Sicht auf die Ursachen über die Zeit (Partneraussage)

Veränderungen der Sicht auf die Ursachen über die Zeit (Partner)	männl.	weibl.	$\Sigma$
früher dachte ich, es ist Faulheit	1	0	1
durch intensive Gespräche glaube ich, sie ist nicht allein schuld	1	0	1
durch eigene Erkrankung denke ich, sie ist nicht schuld	2	0	2
jetzt denke ich, es liegt an der Erziehung	0	1	1
glaube jetzt, sie kann selbst viel mehr für die Erkrankung	3	0	3
glaube jetzt, dass sie sich mehr anstrengen müsste	1	0	1
nicht Kindheit oder Genetik, sondern eigene Person ist schuld	2	0	2
hat nicht nur körperliche Ursachen	0	3	3
glaube jetzt, Gesellschaft ist auch schuld	2	0	2
glaube jetzt, sie müsste selbst mehr tun, es ist nicht Wetter schuld	1	0	1
denke jetzt, es ist vielfältig (Erziehung und Genetik)	1	0	1
glaube nicht mehr, dass der Betreffende selbst schuld ist	2	0	2
<b>Gesamt</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>20</b>

Tabelle 66: Inhaltliche Zusammenfassung der Veränderungen (Gesamtstichprobe)

Inhaltliche Zusammenfassung der Aussagen	Patient	Partner	$\Sigma$
Schuld des Patienten	5	6	11
vieles liegt an mir selbst/an dem Patienten	4	1	5
keine Schuld der Person (des Patienten)	5	5	10
Genetik / Vererbung	7	1	8
Erziehung	5	2	7
Schicksal	1	-	1
Stress	2	-	2
nicht nur körperliche Ursachen	-	3	3
unspezifisch (liegt an Krankheit)	1		1
Gesellschaft	-	2	2
<b>Gesamt</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>50</b>

### V.3.3 Sicht der Partner, des Arztes und der meisten Menschen auf die Ursachen

Tabelle 67: „Ich glaube, mein Partner sieht die Hauptursachen der Erkrankung...“

Einschätzung der Meinung des Partners zur Hauptursache der Erkrankung			Patient selbst	äußere Umstände	schicksalhaft
<b>Patient</b> (n=46)	<b>männlich</b> (n=12)	Anzahl	11	1	-
		% Geschlecht	91,7%	8,3%	-
		% Gesamt	23,9%	2,2%	-
	<b>weiblich</b> (n=34)	Anzahl	17	17	-
		% Geschlecht	50,0%	50,0%	-
		% Gesamt	37,0%	37,0%	-
	<b>Gesamt</b>	Anzahl	<b>28</b>	<b>18</b>	-
		% Gesamt	60,9%	39,1%	-
<b>Partner</b> (n=46)	<b>männlich</b> (n=34)	Anzahl	19	14	1
		% Geschlecht	55,9%	41,2%	2,9%
		% Gesamt	41,3%	30,4%	2,2%
	<b>weiblich</b> (n=12)	Anzahl	7	5	0
		% Geschlecht	58,3%	41,7%	,0%
		% Gesamt	15,2%	10,9%	,0%
	<b>Gesamt</b>	Anzahl	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>1</b>
		% Gesamt	56,5%	41,3%	2,2%

Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten- und Partneraussagen ( $\chi^2$ :  $p = ,577$ ).

In der Patientenstichprobe ergibt sich bei zweiseitiger Prüfung ein signifikanter Geschlechtsunterschied ( $\chi^2$ :  $p = ,011$ ) bei der Beurteilung der vermuteten Partnerzuschreibungen. Bei der Zusammenhangsprüfung ergibt sich hier ein positiver geringer Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Einschätzung (Spearman'scher Korrelationskoeffizient beträgt  $r_s = 0,375$  bei  $p < 0,05$ ). Die Männer und Frauen der Partnerstichprobe unterscheiden sich in ihren Einschätzungen nicht signifikant voneinander ( $\chi^2$ :  $p = ,834$ , zweiseitig).

Tabelle 68: Was meint Ihr Arzt zu Ihrer Einschätzung der Hauptursachen?

		stimmt zu	stimmt teilweise zu	er hat andere Meinung	weiss nicht
<b>Patient</b> (n=46)	Anzahl	8	4	7	27
	% Patienten	17,4%	8,7%	15,2%	58,7%
	% Gesamt	8,7%	4,3%	7,6%	29,3%
<b>Partner</b> (n=46)	Count	1	7	0	38
	% Partner	2,2%	15,2%	,0%	82,6%
	% Gesamt	1,1%	7,6%	,0%	41,3%
<b>Gesamt</b> (n=92)	Anzahl	9	11	7	65
	% Gesamt	9,8%	12,0%	7,6%	70,7%

Die Untersuchungsgruppen unterscheiden sich signifikant in ihren Einschätzungen ( $\chi^2$  zweiseitig:  $p = ,027$ ).

Tabelle 69: „Was meint Ihr Arzt zu Ihrer Einschätzung der Hauptursachen?“ (Partner)

Partner		stimmt zu	stimmt teilweise zu	er hat andere Meinung	weiss nicht
<b>männlich</b> <b>(n=34)</b>	Anzahl	1	5	-	28
	% Geschlecht	2,9%	14,7%	-	82,4%
	% Gesamt	2,2%	10,9%	-	60,9%
<b>weiblich</b> <b>(n=12)</b>	Anzahl	0	2	-	10
	% Geschlecht	,0%	16,7%	-	83,3%
	% Gesamt	,0%	4,3%	-	21,7%
<b>Gesamt</b> <b>(n=46)</b>	Anzahl	1	7	-	38
	% Gesamt	2,2%	15,2%	-	82,6%

(Chi<sup>2</sup> zweiseitig:  $p = ,828$ ).

Tabelle 70: „Was meint Ihr Arzt zu Ihrer Einschätzung der Hauptursachen?“ (Patienten)

Patienten		stimmt zu	stimmt teilweise zu	er hat andere Meinung	weiss nicht
<b>männlich</b> <b>(n=12)</b>	Anzahl	7	1	1	3
	% Geschlecht	58,3%	8,3%	8,3%	25,0%
	% Gesamt	15,2%	2,2%	2,2%	6,5%
<b>weiblich</b> <b>(n=34)</b>	Anzahl	1	3	6	24
	% Geschlecht	2,9%	8,8%	17,6%	70,6%
	% Gesamt	2,2%	6,5%	13,0%	52,2%
<b>Gesamt</b> <b>(n=46)</b>	Anzahl	8	4	7	27
	% Gesamt	17,4%	8,7%	15,2%	58,7%

(Chi<sup>2</sup> zweiseitig:  $p = ,000$ ).

Tabelle 71: „Ich glaube, die meisten Menschen sehen die Hauptursache der Erkrankung in..“

(Betrachtung der Gesamtstichprobe)

		Erkrankter selbst	äußere Umstände	schicksalhaft
<b>Patient</b> <b>(n=46)</b>	Anzahl	40	1	5
	% Patient	87,0%	2,2%	10,9%
	% Gesamt	43,5%	1,1%	5,4%
<b>Partner</b> <b>(n=46)</b>	Anzahl	39	4	3
	% Partner	84,8%	8,7%	6,5%
	% Gesamt	42,4%	4,3%	3,3%
<b>Gesamt</b> <b>(n=92)</b>	Anzahl	79	5	8
	% Gesamt	85,9%	5,4%	8,7%

(Chi<sup>2</sup> zweiseitig:  $p = ,315$ )



Tabelle 72: „Ich glaube, die meisten Menschen sehen die Hauptursache der Erkrankung in..“

			Erkrankter selbst	äußere Umstände	schicksalhaft
<b>Patient (n=46)</b>	<b>männlich (n=12)</b>	Anzahl	11	1	-
		% Geschlecht	91,7%	8,3%	-
		% Gesamt	23,9%	2,2%	-
	<b>weiblich (n=34)</b>	Anzahl	17	17	-
		% Geschlecht	50,0%	50,0%	-
		% Gesamt	37,0%	37,0%	-
	<b>Gesamt</b>	Anzahl	28	18	-
		% Gesamt	60,9%	39,1%	-
<b>Partner (n=46)</b>	<b>männlich (n=34)</b>	Anzahl	31	3	0
		% Geschlecht	91,2%	8,8%	,0%
		% Gesamt	67,4%	6,5%	,0%
	<b>weiblich (n=12)</b>	Anzahl	8	1	3
		% Geschlecht	66,7%	8,3%	25,0%
		% Gesamt	17,4%	2,2%	6,5%
	<b>Gesamt</b>	Anzahl	39	4	3
		% Gesamt	84,8%	8,7%	6,5%

Patienten:  $\chi^2$ :  $p = ,165$ ; Partner:  $\chi^2$ :  $p = ,010$ ; Korrelationskoeffizient (Spearman) beträgt  $r_s = 0,397$  ( $p < 0,05$ )

### V.3.4 Theorien zur Krankheitsentstehung

Tabelle 73: Unterschiede der Patiententheorien (Patienten und Partner): U-Test

Item (Patiententheorienfragebogen)	Status	Median*	Mittlere Rangsumme	Signifikanz
zu wenig Ruhe	Patient	2,00	50,15	,179
	Partner	2,00	42,85	
zu wenig Verständnis der Mitmenschen	Patient	2,00	48,18	,528
	Partner	2,00	44,82	
Unverträglichkeit des Klimas	Patient	0	46,88	,846
	Partner	0	46,12	
nicht genügend Willenskraft	Patient	3,00	48,17	,532
	Partner	2,00	44,83	

Tabelle 73: Unterschiede der Patiententheorien (Patienten und Partner): *Fortsetzung*

Item (Patiententheorienfragebogen)	Status	Median*	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
Vernachlässigung des Schlafes	Patient	2,00	48,25	,517
	Partner	2,00	44,75	
Lärmbelästigung / Luftverschmutzung	Patient	0	52,55	<b>,008</b>
	Partner	0	40,45	
andauernde Erschöpfung ohne ersichtlichen Grund	Patient	2,50	48,58	,438
	Partner	2,00	44,42	
schwacher Kreislauf	Patient	1,00	46,29	,937
	Partner	1,00	46,71	
häufig Selbstvorwürfe	Patient	3,00	47,34	,755
	Partner	3,00	45,66	
mit Problemen nicht fertig werden	Patient	3,00	47,10	,820
	Partner	3,00	45,90	
etwas gegessen/getrunken, was nicht vertragen wurde	Patient	0	43,96	,204
	Partner	0	49,04	
Unzufriedenheit mit Lebensbedingungen	Patient	3,00	47,12	,816
	Partner	3,00	45,88	
zu schlechter Schlaf	Patient	2,00	49,14	,329
	Partner	2,00	43,86	
Ängste können nicht überwunden werden	Patient	3,00	48,08	,544
	Partner	3,00	44,92	
unangenehme Dinge können nicht verarbeitet werden	Patient	3,00	46,20	,908
	Partner	3,00	46,80	
aus Bequemlichkeit zu sehr gehen lassen oder lassen	Patient	1,00	42,01	,097
	Partner	2,00	50,99	
Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krankheitszeichen	Patient	2,00	41,92	,091
	Partner	3,00	51,08	
nahe stehende Personen machen Sorgen	Patient	3,00	49,96	,198
	Partner	2,00	43,04	
zu wenig frische Luft	Patient	2,00	43,59	,273
	Partner	2,00	49,41	
häufig in niedergeschlagene Stimmung geraten	Patient	3,00	50,79	,099
	Partner	3,00	42,21	
unangenehme Dinge häufig auf die lange Bank schieben	Patient	2,00	43,76	,312
	Partner	2,00	49,24	
Enttäuschung durch bedeutende Personen	Patient	3,00	46,59	,974
	Partner	3,00	46,41	
Einlassen auf die allgemeine Hetze des heutigen Lebens	Patient	2,00	54,26	<b>,004</b>
	Partner	1,00	38,74	
gesundheitliche Anfälligkeit vererbt	Patient	2,00	44,54	,472
	Partner	2,00	48,46	
Ansteckung	Patient	0	45,91	,682
	Partner	0	47,09	
Witterungswechsel	Patient	0	46,27	,915
	Partner	0	46,73	
Gefühle der Minderwertigkeit	Patient	3,00	49,13	,324
	Partner	3,00	43,87	

Tabelle 73: Unterschiede der Patiententheorien (Patienten und Partner): *Fortsetzung*

Item (Patiententheorienfragebogen)	Status	Median*	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
Körper hat sich von einer alten Verletzung oder Unfall nicht erholt	Patient	0	46,36	
	Partner	0	46,64	,954
zu streng gegen sich selbst	Patient	3,00	52,30	
	Partner	2,00	40,70	<b>,031</b>
Auseinandersetzungen mit Kollegen, Vorgesetzten	Patient	2,00	46,53	
	Partner	2,00	46,47	,990
zu oft Pech im Leben	Patient	2,00	51,45	
	Partner	2,00	41,55	,068
Umstellung des Körpers	Patient	1,00	40,66	
	Partner	2,00	52,34	<b>,026</b>
gesundheitsschädliche Einflüsse bei der Arbeit	Patient	0	48,59	
	Partner	0	44,41	,350
zu wenig Erholung in der Freizeit	Patient	2,00	49,73	
	Partner	2,00	43,27	,226
Medikamentenunverträglichkeit	Patient	1,00	39,67	
	Partner	2,00	53,33	<b>,010</b>
zu hohe Anforderungen im Beruf oder Haushalt	Patient	2,50	52,32	
	Partner	2,00	40,68	<b>,032</b>
leichtsinniger Umgang mit der Gesundheit	Patient	2,00	44,86	
	Partner	2,00	48,14	,530
altersbedingte Verschleißerscheinungen	Patient	,50	45,79	
	Partner	,50	47,21	,784
wenig Lust auf körperliche Betätigung	Patient	2,00	42,07	
	Partner	2,00	50,93	,098
Verlust eines bedeutenden Menschen	Patient	1,00	47,90	
	Partner	1,00	45,10	,602
zu eintöniger Alltag	Patient	2,00	47,00	
	Partner	2,00	46,00	,850
angeborene Neigung, bei seelischer Aufregung körperlich zu reagieren	Patient	2,00	46,87	
	Partner	2,00	46,13	,889
Drüsen nicht richtig arbeiten	Patient	0	48,36	
	Partner	0	44,64	,453
Krankheit schon lange versteckt war und jetzt zum Ausbruch kommt	Patient	3,00	47,43	
	Partner	3,00	45,57	,723
ungesunde Lebensweise (Rauchen/Essen/Trinken)	Patient	1,50	47,30	
	Partner	1,00	45,70	,763
jahreszeitliche Beschwerden	Patient	0	46,38	
	Partner	0	46,62	,959
Gesamtscore PATEF	Patient	90,00	48,38	
	Partner	83,00	44,62	,533*
psychosozial außen	Patient	17,00	48,64	
	Partner	16,00	44,36	<b>,009*</b>
psychosozial innen	Patient	28,50	48,97	
	Partner	27,00	44,03	<b>,024*</b>
Gesundheitsverhalten	Patient	22,00	48,64	
	Partner	22,00	44,36	,152*

Tabelle 73: Unterschiede der Patiententheorien (Patienten und Partner): *Fortsetzung*

Item (Patiententheorienfragebogen)	Status	Median*	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
naturalistisch außen	Patient	3,00	45,49	,061*
	Partner	3,00	47,51	
naturalistisch innen	Patient	17,00	46,12	,038*
	Partner	16,00	46,88	
Psychosozial gesamt	Patient	47,50	49,87	,038*
	Partner	43,00	43,13	
Naturalistisch gesamt	Patient	19,00	45,66	,359*
	Partner	20,00	47,34	

Tabelle 74: Geschlechtsunterschiede bei den Patiententheorien (Patienten): U-Test

Item (Patiententheorienfragebogen)	Patienten (n=46)	Median*	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
zu wenig Ruhe	Männer	3,50	31,33	,016
	Frauen	2,00	20,74	
zu wenig Verständnis der Mitmenschen	Männer	1,00	15,33	,012
	Frauen	2,00	26,38	
nicht genügend Willenskraft	Männer	2,00	13,04	,001
	Frauen	3,00	27,19	
Vernachlässigung des Schlafes	Männer	2,00	25,21	,599
	Frauen	2,00	22,90	
andauernde Erschöpfung ohne ersichtlichen Grund	Männer	1,00	13,92	,003
	Frauen	3,00	26,88	
schwacher Kreislauf	Männer	,00	14,83	,005
	Frauen	1,00	26,56	
häufig Selbstvorwürfe	Männer	1,50	15,13	,009
	Frauen	3,00	26,46	
mit Problemen nicht fertig werden	Männer	2,50	17,67	,062
	Frauen	3,00	25,56	
Unzufriedenheit mit Lebensbedingungen	Männer	2,50	22,50	,756
	Frauen	3,00	23,85	
zu schlechter Schlaf	Männer	2,00	22,75	,816
	Frauen	2,00	23,76	
Ängste können nicht überwunden werden	Männer	3,00	23,50	1,000
	Frauen	3,00	23,50	
unangenehme Dinge können nicht verarbeitet werden	Männer	2,00	14,38	,004
	Frauen	3,00	26,72	
aus Bequemlichkeit zu sehr gehen lassen oder lassen	Männer	,00	14,58	,005
	Frauen	2,00	26,65	
Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krankheitszeichen	Männer	3,00	27,08	,272
	Frauen	2,00	22,24	
nahestehende Personen machen Sorgen	Männer	3,00	25,29	,573
	Frauen	3,00	22,87	
zu wenig frische Luft	Männer	2,00	23,42	,979
	Frauen	2,00	23,53	

Tabelle 74: Geschlechtsunterschiede bei den Patiententheorien (Patienten): *Fortsetzung*

Item (Patiententheorienfragebogen)	Patienten (n=46)	Median*	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
häufig in niedergeschlagene Stimmung geraten	Männer Frauen	4,00 3,00	25,63 22,75	,491
unangenehme Dinge häufig auf die lange Bank schieben	Männer Frauen	1,50 2,00	17,92 25,47	,086
Enttäuschung durch bedeutende Personen	Männer Frauen	2,00 3,00	18,58 25,24	,126
Einlassen auf die allgemeine Hetze des heutigen Lebens	Männer Frauen	3,00 2,00	29,88 21,25	<b>,050</b>
gesundheitliche Anfälligkeit vererbt	Männer Frauen	1,00 2,00	17,25 25,71	,054
Witterungswechsel	Männer Frauen	,00 ,00	20,92 24,41	,314
Gefühle der Minderwertigkeit	Männer Frauen	2,00 3,00	13,42 27,06	<b>,002</b>
Körper hat sich von einer alten Verletzung oder Unfall nicht erholt	Männer Frauen	,00 ,50	17,17 25,74	<b>,032</b>
zu streng gegen sich selbst	Männer Frauen	2,50 3,00	22,88 23,72	,845
Auseinandersetzungen mit Kollegen, Vorgesetzten	Männer Frauen	1,00 2,00	15,88 26,19	<b>,019</b>
zu oft Pech im Leben	Männer Frauen	1,00 3,00	13,13 27,16	<b>,001</b>
Umstellung des Körpers	Männer Frauen	,50 1,00	17,63 25,57	,064
zu wenig Erholung in der Freizeit	Männer Frauen	3,00 2,00	29,67 21,32	,057
Medikamentenunverträglichkeit	Männer Frauen	,50 1,00	19,08 25,06	,167
zu hohe Anforderungen im Beruf oder Haushalt	Männer Frauen	2,50 2,50	22,46 23,87	,748
leichtsinniger Umgang mit der Gesundheit	Männer Frauen	3,00 2,00	28,83 21,62	,097
wenig Lust auf körperliche Betätigung	Männer Frauen	,00 2,00	16,00 26,15	<b>,018</b>
Verlust eines bedeutenden Menschen	Männer Frauen	2,00 1,00	25,29 22,87	,578
zu eintöniger Alltag	Männer Frauen	,00 2,00	14,08 26,82	<b>,003</b>
angeborene Neigung, bei seelischer Aufregung körperlich zu reagieren	Männer Frauen	1,50 2,50	16,75 25,88	<b>,033</b>
Drüsen nicht richtig arbeiten	Männer Frauen	,00 1,00	18,83 25,15	,124
Krankheit schon lange versteckt war und jetzt zum Ausbruch kommt	Männer Frauen	2,00 3,00	12,13 27,51	<b>,000</b>
ungesunde Lebensweise (Rauchen/Essen/Trinken)	Männer Frauen	1,00 2,00	22,63 23,81	,784

Tabelle 74: Geschlechtsunterschiede bei den Patiententheorien (Patienten): *Fortsetzung*

Item (Patiententheorienfragebogen)	Patienten (n=46)	Median*	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
jahreszeitliche Beschwerden	Männer Frauen	,00 ,00	20,33 24,62	,252
Gesamtscore PATEF	Männer Frauen	71,00* 90,00*	14,17 26,79	,005
psychosozial außen	Männer Frauen	13,75* 19,03*	14,13 26,81	,005
psychosozial innen	Männer Frauen	21,08* 28,59*	14,92 26,53	,010
Gesundheitsverhalten	Männer Frauen	22,50* 20,32*	27,33 22,15	,249
naturalistisch außen	Männer Frauen	3,75* 4,59*	22,42 23,88	,743
naturalistisch innen	Männer Frauen	9,92* 17,47*	11,67 27,68	,000
Psychosozial gesamt	Männer Frauen	34,83* 47,62*	25,18 18,75	,003
Naturalistisch gesamt	Männer Frauen	13,67* 22,06*	26,87 13,96	,004

\* Für die Gesamtwerte wurden die Mittelwerte berechnet.

Tabelle 75: Geschlechtsunterschiede bei den Patiententheorien (Partner): U-Test

Item (Patiententheorienfragebogen)	Partner (n=46)	Median*	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
zu wenig Ruhe	Männer Frauen	2,00 3,00	22,06 27,58	,206
zu wenig Verständnis der Mitmenschen	Männer Frauen	2,00 2,00	24,49 20,71	,373
nicht genügend Willenskraft	Männer Frauen	3,00 2,00	25,57 17,63	,068
Vernachlässigung des Schlafes	Männer Frauen	2,00 ,50	26,13 16,04	,018
andauernde Erschöpfung ohne ersichtlichen Grund	Männer Frauen	3,00 ,50	26,69 14,46	,004
schwacher Kreislauf	Männer Frauen	1,00 ,00	25,75 17,13	,042
häufig Selbstvorwürfe	Männer Frauen	3,00 2,00	26,99 13,63	,002
mit Problemen nicht fertig werden	Männer Frauen	3,00 2,50	25,18 18,75	,132
Unzufriedenheit mit Lebensbedingungen	Männer Frauen	3,00 3,00	23,31 24,04	,861
zu schlechter Schlaf	Männer Frauen	2,00 1,50	24,56 20,50	,352
Ängste können nicht überwunden werden	Männer Frauen	2,50 3,00	23,60 23,21	,925

Tabelle 75: Geschlechtsunterschiede bei den Patiententheorien (Partner): *Fortsetzung*

Item (Patiententheorienfragebogen)	Partner (n=46)	Median*	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
unangenehme Dinge können nicht verarbeitet werden	Männer Frauen	3,00 4,00	20,88 30,92	,016
aus Bequemlichkeit zu sehr gehen lassen oder lassen	Männer Frauen	2,00 1,00	24,97 19,33	,199
Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krankheitszeichen	Männer Frauen	3,00 2,00	23,38 23,83	,917
nahestehende Personen machen Sorgen	Männer Frauen	2,00 3,00	22,88 25,25	,584
zu wenig frische Luft	Männer Frauen	2,00 1,00	27,87 11,13	,000
häufig in niedergeschlagene Stimmung geraten	Männer Frauen	3,00 3,00	23,63 23,13	,903
unangenehme Dinge häufig auf die lange Bank schieben	Männer Frauen	3,00 1,50	25,99 16,46	,028
Enttäuschung durch bedeutende Personen	Männer Frauen	3,00 2,00	23,99 22,13	,662
Einlassen auf die allgemeine Hetze des heutigen Lebens	Männer Frauen	1,00 2,00	23,47 23,58	,979
gesundheitliche Anfälligkeit vererbt	Männer Frauen	2,00 1,00	25,84 16,88	,041
Witterungswechsel	Männer Frauen	,00 ,00	25,06 19,08	,085
Gefühle der Minderwertigkeit	Männer Frauen	3,00 2,00	25,34 18,29	,099
Körper hat sich von einer alten Verletzung oder Unfall nicht erholt	Männer Frauen	,00 ,00	24,44 20,83	,366
zu streng gegen sich selbst	Männer Frauen	2,00 2,00	24,62 20,33	,320
Auseinandersetzungen mit Kollegen, Vorgesetzten	Männer Frauen	2,00 1,50	24,38 21,00	,436
zu oft Pech im Leben	Männer Frauen	2,00 1,00	25,91 16,67	,031
Umstellung des Körpers	Männer Frauen	2,00 ,50	26,18 15,92	,010
zu wenig Erholung in der Freizeit	Männer Frauen	2,00 2,00	24,09 21,83	,593
Medikamentenunverträglichkeit	Männer Frauen	2,00 2,00	25,04 19,13	,140
zu hohe Anforderungen im Beruf oder Haushalt	Männer Frauen	2,00 2,00	23,97 22,17	,677
leichtsinniger Umgang mit der Gesundheit	Männer Frauen	2,00 2,00	24,09 21,83	,573
wenig Lust auf körperliche Betätigung	Männer Frauen	2,00 1,00	27,22 12,96	,001
Verlust eines bedeutenden Menschen	Männer Frauen	1,00 ,50	24,03 22,00	,639

Tabelle 75: Geschlechtsunterschiede bei den Patiententheorien (Partner): *Fortsetzung*

Item (Patiententheorienfragebogen)	Partner (n=46)	Median*	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
zu eintöniger Alltag	Männer Frauen	2,00 2,00	25,22 18,63	,122
angeborene Neigung, bei seelischer Aufregung körperlich zu reagieren	Männer Frauen	2,00 2,00	26,50 15,00	,007
Drüsen nicht richtig arbeiten	Männer Frauen	,00 ,00	24,32 21,17	,416
Krankheit schon lange versteckt war und jetzt zum Ausbruch kommt	Männer Frauen	3,00 2,50	24,40 20,96	,415
ungesunde Lebensweise (Rauchen/Essen/Trinken)	Männer Frauen	1,50 1,00	23,93 22,29	,706
Gesamtscore PATEF	Männer Frauen	87,50* 67,58*	26,87 13,96	,004
psychosozial außen	Männer Frauen	16,53* 14,25*	23,93 22,29	,715
psychosozial innen	Männer Frauen	27,24* 22,92*	25,41 18,08	,103
Gesundheitsverhalten	Männer Frauen	21,56* 17,50*	25,22 18,63	,141
naturalistisch außen	Männer Frauen	4,91* 2,08*	26,15 16,00	,021
naturalistisch innen	Männer Frauen	17,26* 10,83*	26,28 15,63	,018
Psychosozial gesamt	Männer Frauen	43,76* 37,17*	25,18 18,75	,153
Naturalistisch gesamt	Männer Frauen	22,18* 12,92*	26,87 13,96	,004



### V.3.5 Welche Auslöser werden von Patienten und Partnern beschrieben?

Tabelle 76: „Ich glaube, dass es einen konkreten Auslöser für die Erkrankung gibt.“

Patient (n=46)		weiss nicht	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<b>Männer (n=12)</b>	Anzahl %Geschlecht %Gesamt	0 ,0% ,0%	3 25,0% 6,5%	3 25,0% 6,5%	0 ,0% ,0%	6 50,0% 13,0%
<b>Frauen (n=34)</b>	Anzahl %Geschlecht %Gesamt	1 2,9% 2,2%	2 5,9% 4,3%	0 ,0% ,0%	3 8,8% 6,5%	28 82,4% 60,9%
<b>Gesamt</b>	Anzahl %Gesamt	1 2,2%	5 10,9%	3 6,5%	3 6,5%	34 73,9%
<b>Partner (n=46)</b>		weiss nicht	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<b>Männer (n=34)</b>	Anzahl %Geschlecht %Gesamt	- - -	1 2,9% 2,2%	4 11,8% 8,7%	6 17,6% 13,0%	23 67,6% 50,0%
<b>Frauen (n=12)</b>	Anzahl %Geschlecht %Gesamt	- - -	0 ,0% ,0%	0 ,0% ,0%	7 58,3% 15,2%	5 41,7% 10,9%
<b>Gesamt</b>	Anzahl %Gesamt	- -	1 2,2%	4 8,7%	13 28,3%	28 60,9%

Die Antworten wurden nach dem Grad der Zustimmung kodiert und berechnet (weiss nicht=0, trifft nicht zu=1, trifft sehr zu=4). Der Median liegt bei Patienten (männlich: 3, weiblich: 4) und Partnern (männlich: 4, weiblich: 3) bei 4. Bei der Überprüfung der Unterschiede (keine Normalverteilung) ergibt sich mit  $p = ,474$  kein signifikanter Unterschied in den Teilstichproben (U-Test nach Mann & Whitney für unabhängige Stichproben). In der Patientenstichprobe unterscheiden sich Frauen und Männer mit  $p = ,025$  signifikant in ihren Einschätzungen, in der Partnerstichprobe werden die Unterschiede nicht signifikant ( $p = ,306$ ).

Tabelle 77: Auslöser für die Entstehung der Depression (Patienten- Erstnennung)

Auslöser für Depression - Erstnennung (Patienten): N=46	Häufig- keit	Prozent	Kumulative Prozent
Trennung/Scheidung	1	2,2	2,2
Überlastung	5	10,9	13,0
ungerechte Behandlung	2	4,3	17,4
Trennungsabsichten meiner Frau	1	2,2	19,6
es gab keinen Auslöser	1	2,2	21,7
Geburt	1	2,2	23,9
Krebsoperation	1	2,2	26,1
Eheprobleme/schlechte Ehe	1	2,2	28,3
Mobbing	6	13,0	41,3
Meningitis	1	2,2	43,5
Erziehung	1	2,2	45,7
Hartz IV	1	2,2	47,8
keine Aufgaben mehr	1	2,2	50,0
Tod eines Angehörigen	3	6,5	56,5
Erkrankung des Mannes	1	2,2	58,7
Arbeitslosigkeit	1	2,2	60,9
Überforderung durch Ex-Ehemann (Alkohol)	1	2,2	63,0
kurzzeitige Trennung meiner Frau	1	2,2	65,2
kommt aus der Kindheit	1	2,2	67,4
nicht erfüllter Kinderwunsch	2	4,3	71,7
Arbeitsüberlastung	4	8,7	80,4
keine Liebe in der Kindheit	2	4,3	84,8
Enttäuschung, weil kein fester Job trotz Zusage	1	2,2	87,0
familiäre Probleme	1	2,2	89,1
Überlastung durch die Arbeit	1	2,2	91,3
Suizid meines Vaters	1	2,2	93,5
Verlust der ABM-Stelle und Zukunftsangst	1	2,2	95,7
nein, es gibt sehr viele Auslöser	1	2,2	97,8
Stress	1	2,2	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 78: Auslöser für die Entstehung der Depression (Patienten-Zweitnennung)

Auslöser für Depression (Patienten – Zweitnennung)	Häufig- keit	Prozent	Kumulative Prozent
nicht gebraucht zu werden	1	2,2	2,6
wurde ignoriert	1	2,2	5,3
liegt in der Familie	1	2,2	7,9
Suizidversuch des Sohnes	1	2,2	10,5
Probleme mit Menschen	1	2,2	13,2
Arbeitsbelastung zu hoch	1	2,2	15,8
Tablettenabhängigkeit	1	2,2	18,4
Erkrankung des Partners	1	2,2	21,1
Jobverlust nach der "Wende"	1	2,2	23,7
Streitigkeiten innerhalb der Familie (Tochter)	1	2,2	26,3
kein Sinn im Leben	1	2,2	28,9
zu hohe allgemeine Belastung	1	2,2	31,6
Kraft raubende Beziehungen	1	2,2	34,2
verschiedene Unzufriedenheiten	2	4,3	39,5
langjähriger Dauerstress	1	2,2	42,1
fehlende Regeneration	<b>3</b>	<b>6,5</b>	50,0
zu viele Probleme	1	2,2	52,6
plötzlicher Tod der Mutter als Kind	1	2,2	55,3
Jobprobleme und Gewichtszunahme	2	4,3	60,5
Überlastung bei Erziehung	2	4,3	65,8
Schilddrüsenüberfunktion	2	4,3	71,1
Medikamente abgesetzt	1	2,2	73,7
Trauer über unerfüllten Kinderwunsch	1	2,2	76,3
kein Heimatgefühl	1	2,2	78,9
lebenslange Belastung und Jahreszeiten	1	2,2	81,6
Pflege der Schwiegermutter	2	4,3	86,8
Eheprobleme	1	2,2	89,5
Enttäuschung durch Scheidung	2	4,3	94,7
extreme Schuldgefühle	1	2,2	97,4
hoher Leistungsanspruch in Job und Familie	1	2,2	100,0
Fehlende Werte	8	17,4	
<b>Gesamt</b>	<b>38</b>	<b>82,6</b>	

Tabelle 79: Auslöser für die Entstehung der Depression (Partner- Erstnennung)

Auslöser für Depression (Partner – Erstnennung)	Häufig- keit	Prozent	Kumulative Prozent
weiss nicht	2	4,3	4,3
Überlastung	5	10,9	15,2
ungerechte Behandlung	1	2,2	17,4
es gab keinen Auslöser	2	4,3	21,7
Krebsoperation	1	2,2	23,9
Eheprobleme/schlechte Ehe	1	2,2	26,1
Mobbing	2	4,3	30,4
Partnerschaftskonflikt	2	4,3	34,8
Menengitis	1	2,2	37,0
Schilddrüsenoperation	1	2,2	39,1
Probleme am Arbeitsplatz	1	2,2	41,3
"Wende" (politische Verhältnisse)	1	2,2	43,5
Tod eines Angehörigen	3	6,5	50,0
Unzufriedenheit in unserer Familie	1	2,2	52,2
Überforderung	1	2,2	54,3
mangelndes Selbstwertgefühl	2	4,3	58,7
Arbeitslosigkeit	4	8,7	67,4
moralische Enttäuschung durch nahe stehende Menschen	3	6,5	73,9
schlechte Kindheit und Jugend	1	2,2	76,1
nein, war schleichend	2	4,3	80,4
berufliche Situation	2	4,3	84,8
Probleme bei der Arbeit	1	2,2	87,0
familiäre Probleme	1	2,2	89,1
Überlastung durch die Arbeit	1	2,2	91,3
ihre Scheidung	2	4,3	95,7
Meinungsverschiedenheiten bei der Arbeit, Hausbau, Vater	1	2,2	97,8
zu hohe Anforderungen an sich und andere	1	2,2	100,0

Tabelle 80: Auslöser für die Entstehung der Depression Partner (Zweitnennung)

Auslöser für Depression (Partner – Zweitnennung)	Häufig- keit	Prozent	Kumulative Prozent
Anforderungen von Behörden	1	2,2	3,0
sie ist vielleicht zu empfindlich	1	2,2	6,1
Tod der Enkeltochter	1	2,2	9,1
Streit	1	2,2	12,1
Perfektionismus	1	2,2	15,2
Tablettenabhängigkeit	1	2,2	18,2
Angst vor Arbeitsplatzverlust	1	2,2	21,2
allgemeine Unzufriedenheit/zu hohe Ansprüche	1	2,2	24,2
Streitigkeiten in der Familie (Tochter-Mann)	1	2,2	27,3
Druck vom Staat	1	2,2	30,3
innere Unzufriedenheit und Mobbing	2	4,3	36,4
Existenzangst und Nicht-Abschalten-Können	3	6,5	45,5
Schichtdienst und Langeweile	1	2,2	48,5
Überforderung durch Pflege eines Angehörigen	1	2,2	51,5
Alltag	1	2,2	54,5
Nichtverarbeiten traumatischer Erlebnisse	1	2,2	57,6
Elternhaus/eigene Erziehung	3	6,5	66,7
zu viel grübeln	2	4,3	72,7
Schichtdienste (Arbeit)	2	4,3	78,8
ungerechte Behandlung durch andere	1	2,2	81,8
möchte zu perfekt sein bei der Arbeit	2	4,3	87,9
Erziehung und gentechnisch bestimmt	1	2,2	90,9
Sterbebegleitung der Mutter	1	2,2	93,9
Umgang mit Stress	1	2,2	97,0
Auszug des Kindes	1	2,2	100,0
Fehlende Werte	13	28,3	
<b>Gesamt</b>	<b>33</b>	<b>71,7</b>	

## V.4 Welche Krankheitsverarbeitung wählen Patienten und Partner, die von einer depressiven Erkrankung betroffen sind?

### V.4.1 Hilfreiche Strategien im Umgang mit der Erkrankung

Tabelle 81: „Was war hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Erstnennung)

Patienten – Erstnennung (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
weiss nicht	1	2,2	2,2
Tagebuch	1	2,2	4,3
viel darüber lesen	1	2,2	6,5
Sport	5	10,9	17,4
kann nichts tun	2	4,3	21,7
mich auf meinen Alltag konzentrieren	1	2,2	23,9
viel malen	1	2,2	26,1
Ablenkung mit Arbeit/viel arbeiten	1	2,2	28,3
Medikamente nehmen trotz Ablehnung	3	6,5	34,8
lange Spaziergänge	3	6,5	41,3
Gespräche	1	2,2	43,5
Ruhe	2	4,3	47,8
Hund (Kamerad)	1	2,2	50,0
Alleinsein	1	2,2	52,2
ablenken	2	4,3	56,5
Gespräche mit Familie	2	4,3	60,9
mehr Abwechslung	1	2,2	63,0
mich zu zwingen, Ruhe zu bewahren	1	2,2	65,2
Atemtechniken	3	6,5	71,7
Gespräche mit Patienten	2	4,3	76,1
Musik hören	1	2,2	78,3
Natur	2	4,3	82,6
Hausarbeit	2	4,3	87,0
Partnerin in Behandlung einbeziehen	2	4,3	91,3
reiten	2	4,3	95,7
Gespräche mit medizinischem Personal	1	2,2	97,8
versuche, Druck abzubauen	1	2,2	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 82: Was war hilfreich? (Partnerstichprobe – Erstnennung)

Partner – Erstnennung (n=46)	Häufig- keit	Prozent	Kumulative Prozent
Tagebuch	1	2,2	2,2
Sport	1	2,2	4,3
kann nichts tun	1	2,2	6,5
Gespräche mit PartnerIn	1	2,2	8,7
viel mit Freunden unternehmen	1	2,2	10,9
mich auf meinen Alltag konzentrieren	2	4,3	15,2
Ablenkung mit Arbeit/viel arbeiten	11	23,9	39,1
verdrängen	1	2,2	41,3
lange Spaziergänge	1	2,2	43,5
Sonntagsvorlesungen besuchen	1	2,2	45,7
mich um Kind kümmern	2	4,3	50,0
täglich eine halbe Stunde für eigene Interessen	1	2,2	52,2
alles organisieren	2	4,3	56,5
etwas Distanz herstellen	1	2,2	58,7
Gespräche mit Tochter	1	2,2	60,9
kümmere mich um mich, wenn Hilfe abgelehnt wird	2	4,3	65,2
Fünf-Tibeter-Übungen täglich	3	6,5	71,7
Psychotherapie	1	2,2	73,9
wenig	1	2,2	76,1
kümmere mich intensiv um meine Frau	2	4,3	80,4
eine zuverlässige Partnerin sein	2	4,3	84,8
mich heraushalten	1	2,2	87,0
arbeite am Hausbau	1	2,2	89,1
Gespräche mit medizinischem Personal	1	2,2	91,3
sage mir: "Ich kann es nicht ändern"	1	2,2	93,5
mit anderen Patienten gesprochen	2	4,3	97,8
mich bewusst damit beschäftigen	1	2,2	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 83: Was war *nicht* hilfreich? (Patientenstichprobe – Erstnennung)

Patienten – Erstnennung (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
Medikamente	1	2,2	2,3
Paartherapie	4	8,7	11,6
Gespräche mit Partnerin/Partner	3	6,5	18,6
viel auf einmal erledigen wollen	1	2,2	20,9
gemeinsamer Urlaub	1	2,2	23,3
Ratschläge	3	6,5	30,2
Alkohol	10	21,7	53,5
Johanniskraut	1	2,2	55,8
Aktivitäten	1	2,2	58,1
wenn Menschen sich nicht auskennen und Meinung haben	1	2,2	60,5
Vorschläge (machen)	2	4,3	65,1
alleinige Schulmedizin	3	6,5	72,1
Arztgespräche mit Partner	2	4,3	76,7
Weight Watchers	2	4,3	81,4
Aufforderungen, Bücher zu lesen, die Partnerin was geben	2	4,3	86,0
Tagespläne machen	1	2,2	88,4
immer für andere da sein	2	4,3	93,0
Selbsthilfegruppe ohne Anleitung	2	4,3	97,7
Yoga	1	2,2	100,0
Fehlende Werte	3	6,5	
<b>Gesamt</b>	<b>43</b>	<b>93,5</b>	

Tabelle 84: „Was war *nicht* hilfreich? (Partnerstichprobe – Erstnennung)

Partner – Erstnennung (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
Paartherapie	2	4,3	4,5
Argumentieren	1	2,2	6,8
Gespräche mit Partnerin/Partner	11	23,9	31,8
sich zu viele Gedanken darum machen	1	2,2	34,1
Forderungen stellen	1	2,2	36,4
Ratschläge	4	8,7	45,5
Beruhigungsmittel	1	2,2	47,7
Alkohol	6	13,0	61,4
Hamburger Modell	1	2,2	63,6
Psychotherapie	2	4,3	68,2
Vorwürfe	1	2,2	70,5
Vorschläge (machen)	2	4,3	75,0
alleinige Schulmedizin	4	8,7	84,1
sie aufmuntern	1	2,2	86,4
weiss nicht	1	2,2	88,6
Weight Watchers	2	4,3	93,2
Mitleid	2	4,3	97,7
leben wie bisher	1	2,2	100,0
Fehlende Werte	2	4,3	
<b>Gesamt</b>	<b>44</b>	<b>95,7</b>	



Die Zweit- und Drittnennungen für den hilfreichen Umgang mit der Erkrankung der Patienten sind in Tabelle C.4.1 (*Anhang*) und Tabelle C.4.2 (*Anhang*), der Partner in den Tabellen C.4.5 und C.4.6 (*Anhang*) dargestellt. Die Zweit- und Drittnennungen der Einschätzung *nicht* hilfreicher Interventionen finden sich für die Patienten in den Tabellen C.4.3 und C.4.4 (*Anhang*), für die Partner in den Tabellen C.4.7 und C.4.8 (*Anhang*).

## V.4.2 Strategien zur Krankheitsverarbeitung nach dem Eintritt der Erkrankung

Tabelle 85: Welche Strategien haben Ihnen am meisten geholfen? FKV- Erstnennung

Was hat Ihnen am meisten geholfen? FKV - Erstnennung	Patienten		Partner		Ges.
	N	% Patient	N	% Partner	%Ges.
nichts	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Informationen über Erkrankung / Behandlung suchen	6	13,0%	1	2,2%	7,6%
Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	1	2,2%	3	6,5%	4,3%
Aktive Anstrengungen zur Lösung unternehmen	1	2,2%	0	,0%	1,1%
Plan machen und danach handeln	2	4,3%	3	6,5%	5,4%
Gefühle nach außen zeigen	1	2,2%	0	,0%	1,1%
entschlossen gegen Krankheit ankämpfen	3	6,5%	1	2,2%	4,3%
sich selbst Mut machen	0	,0%	5	10,9%	5,4%
Erfolge und Selbstbestätigung suchen	0	,0%	5	10,9%	5,4%
sich abzulenken versuchen	12	26,1%	7	15,2%	20,7%
Abstand zu gewinnen versuchen	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	1	2,2%	3	6,5%	4,3%
genau den ärztlichen Rat befolgen	8	17,4%	4	8,7%	13,0%
Vertrauen in die Ärzte setzen	7	15,2%	9	19,6%	17,4%
Anderen Gutes tun wollen	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Galgenhumor entwickeln	1	2,2%	0	,0%	1,1%
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	2	4,3%	0	,0%	2,2%
sich gerne umsorgen lassen	1	2,2%	1	2,2%	2,2%
sich auf frühere Erfahrungen mit Schicksal besinnen	0	,0%	1	2,2%	1,1%
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>	<b>46</b>	<b>10,9%</b>	<b>100,0%</b>

Tabelle 86: Welche Strategien haben Ihnen am meisten geholfen? FKV- Zweitnennung

Was hat Ihnen am meisten geholfen? FKV - Zweitnennung	Patienten		Partner		Ges.
	N	% alle	N	% alle	%Ges.
nichts	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Informationen über Erkrankung suchen	4	8,7%	0	,0%	4,3%
Nicht-wahrhaben-Wollen des Geschehenen	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Herunterspielen der Bedeutung / Tragweite	1	2,2%	0	,0%	1,1%
Sich selbst die Schuld geben	0	,0%	2	4,3%	2,2%
Aktive Anstrengungen zur Lösung unternehmen	1	2,2%	3	6,5%	4,3%
Plan machen und danach handeln	2	4,3%	0	,0%	2,2%
Gefühle nach außen zeigen	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Gefühle unterdrücken/Selbstbeherrschung	2	4,3%	3	6,5%	5,4%
Alkohol und Beruhigungsmittel	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Entschlossen gegen Erkrankung ankämpfen	1	2,2%	2	6,5%	3,3%
Sich selbst Mut machen	0	,0%	7	<b>15,2%</b>	7,6%
Erfolge und Selbstbestätigung suchen	1	2,2%	4	8,7%	5,4%
Sich abzulenken versuchen	<b>8</b>	<b>17,4%</b>	<b>6</b>	<b>13,0%</b>	<b>15,2%</b>
Abstand zu gewinnen versuchen	1	2,2%	4	8,7%	5,4%
Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	3	6,5%	0	,0%	3,3%
Trösten, dass es anderen schlimmer geht	2	4,3%	0	,0%	2,2%
Genau den ärztlichen Rat befolgen	<b>6</b>	<b>13,0%</b>	4	8,7%	<b>10,9%</b>
Vertrauen in die Ärzte setzen	<b>8</b>	<b>17,4%</b>	2	4,3%	<b>10,9%</b>
Anderen Gutes tun wollen	1	2,2%	2	4,3%	3,3%
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	2	4,3%	0	,0%	2,2%
Sich gerne umsorgen lassen	2	4,3%	0	,0%	2,2%
sich auf frühere Erfahrungen mit Schicksal besinnen	1	2,2%	3	6,5%	4,3%

Tabelle 87: Welche Strategien haben Ihnen am meisten geholfen? FKV- Drittnennung

Was hat Ihnen am meisten geholfen? FKV - Drittnennung	Patienten		Partner		Gesamt
	N	% alle	N	% alle	%Ges.
nichts	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Nicht-wahrhaben-wollen des Geschehenen	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Wunschdenken und Tagträumen	2	4,3%	1	2,2%	3,3%
Aktive Anstrengungen zur Lösung unternehmen	0	,0%	4	<b>8,7%</b>	4,3%
Plan machen und danach handeln	3	6,5%	3	6,5%	6,5%
Gefühle nach außen zeigen	2	4,3%	0	,0%	2,2%
Alkohol und Beruhigungsmittel	1	2,2%	2	4,3%	3,3%
sich vornehmen, intensiver zu leben	1	2,2%	0	,0%	1,1%
Entschlossen gegen Erkrankung ankämpfen	3	6,5%	2	4,3%	5,4%
sich selbst Mut machen	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Erfolge und Selbstbestätigung suchen	2	4,3%	4	<b>8,7%</b>	6,5%
sich abzulenken versuchen	1	2,2%	4	<b>8,7%</b>	5,4%
Abstand zu gewinnen versuchen	<b>10</b>	<b>21,7%</b>	<b>9</b>	<b>19,6%</b>	<b>20,7%</b>
Krankheit als Schicksal annehmen	3	6,5%	0	,0%	3,3%
Trösten, dass es anderen schlimmer geht	2	4,3%	0	,0%	2,2%
Genau den ärztlichen Rat befolgen	1	2,2%	0	,0%	1,1%
Vertrauen in die Ärzte setzen	1	2,2%	<b>10</b>	<b>21,7%</b>	<b>12,0%</b>
Ärzten misstrauen, Diagnose überprüfen	1	2,2%	2	4,3%	3,3%
Anderen Gutes tun wollen	1	2,2%	0	,0%	1,1%
Galgenhumor entwickeln	0	,0%	1	2,2%	1,1%
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	<b>9</b>	<b>19,6%</b>	0	,0%	<b>9,8%</b>
Sich von anderen Menschen zurückziehen	2	4,3%	0	,0%	2,2%
sich auf frühere Erfahrungen mit Schicksal besinnen	1	2,2%	1	2,2%	2,2%

Tabelle 88: Was hat Partner bisher versucht, damit es Ihnen besser geht? (Patienten)

Patienten – Erstnennung (n=46)	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulat. Prozent
Aktivitäten	<b>5</b>	<b>10,9</b>	<b>11,1</b>	<b>11,1</b>
Gespräche mit mir führen	2	4,3	4,4	15,6
weiss nicht	3	6,5	6,7	22,2
mir Blumen geschenkt	2	4,3	4,4	26,7
mir kleine Wünsche erfüllt	1	2,2	2,2	28,9
Arztgespräch wahrgenommen	<b>4</b>	<b>8,7</b>	<b>8,9</b>	<b>37,8</b>
nimmt mir Hausarbeit ab	1	2,2	2,2	40,0
nichts	1	2,2	2,2	42,2
mich ablenken	1	2,2	2,2	44,4
liebvoller Umgang	1	2,2	2,2	46,7
Paartherapie	1	2,2	2,2	48,9
mehr Sport machen	2	4,3	4,4	53,3
mich in den Arm nehmen	1	2,2	2,2	55,6
finanzielle Unterstützung	2	4,3	4,4	60,0
Gespräche über Erkrankung (nicht hilfreich)	1	2,2	2,2	62,2
mehr mit den Kindern spielen	1	2,2	2,2	64,4
sich informiert, (als er selbst krank wurde)	1	2,2	2,2	66,7
Paargespräch organisiert	2	4,3	4,4	71,1
mich unter Druck gesetzt, zum Arzt zu gehen	1	2,2	2,2	73,3

Tabelle 88: Was hat Partner bisher versucht, damit es Ihnen besser geht? (Patienten): *Fortsetzung*

Patienten – Erstnennung (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulat. Prozent
ist für mich da	2	4,3	4,4	77,8
Begleitung zur Therapie	2	4,3	4,4	82,2
nimmt mir alle Hausarbeiten ab	1	2,2	2,2	84,4
sagt ab und zu: "Ich liebe dich"	1	2,2	2,2	86,7
mich bei Wunsch nach Reiten unterstützt	2	4,3	4,4	91,1
informiert sich	1	2,2	2,2	93,3
sagt mir oft, dass er mich liebt	2	4,3	4,4	97,8
mich zu Klinikaufenthalt überredet	1	2,2	2,2	100,0
Fehlende Werte	1	2,2		
<b>Gesamt</b>	<b>45</b>	<b>97,8</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 89: Was hat Partner bisher versucht, damit es Ihnen besser geht? (Partner)

Partner – Erstnennung (n=46)	Häufigkeit	Gültige Prozent	Kumulat. Prozent
Ruhe	1	2,2	2,2
Gespräche mit mir führen	10	21,7	23,9
weiss nicht	9	19,6	43,5
nichts	2	4,3	47,8
Bücher über Erkrankung	1	2,2	50,0
versucht, kleine Dinge zu übernehmen	1	2,2	52,2
Hamburger Modell	1	2,2	54,3
mir das zu erklären	3	6,5	60,9
Gespräche über Erkrankung (nicht hilfreich)	1	2,2	63,0
Tagesklinik	1	2,2	65,2
hat auch mich umsorgt	1	2,2	67,4
Paargespräch organisiert	1	2,2	69,6
gemeinsamer Tai Chi-Kurs	3	6,5	76,1
Haushaltsplan, den sie einhalten will	1	2,2	78,3
versucht, selbst auf ihr Verhalten zu achten	2	4,3	82,6
meine Wünsche zu erfüllen	2	4,3	87,0
sich um meine kranke Mutter kümmern	2	4,3	91,3
Probleme mit mir mehr besprechen	1	2,2	93,5
verschiedene Therapieformen ausprobiert	1	2,2	95,7
gemeinsame Arztgespräche organisiert	2	4,3	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Die Zweitnennungen für die Patienten befinden sich in Tabelle C.4.9 und für die Partner in Tabelle C.4.10 (*Anhang*).

### V.4.3 Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung bei Patienten und Partnern

Tabelle 90: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (Patienten und Partner)

Skalen FKV (Gesamt)	Status	Median	Mittlerer Rang	Rang-summe	Signifikanz (2seitig)*
Skala 1: depressive Verarbeitung	Patienten Partner	17,50 14,00	56,79 36,21	2612,50 1665,50	,000
Skala 2: Aktives problembezogenes Coping	Patienten Partner	15,50 17,00	43,21 49,79	1987,50 2290,50	,234
Skala 3: Ablenkung und Selbstaufbau	Patienten Partner	16,00 18,00	38,93 54,07	1791,00 2487,00	,006
Skala 4: Religiosität und Sinnsuche	Patienten Partner	11,00 10,00	52,04 40,96	2394,00 1884,00	,045
Skala 5: Bagatellisierung und Wunschdenken	Patienten Partner	10,00 10,00	50,02 42,98	2301,00 1977,00	,202

\*U-Test nach Mann & Whitney

Tabelle 91: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (Patienten)

Skalen FKV (Patient)	Geschlecht	Median	Mittlerer Rang	Rang-summe	Signifikanz (2seitig)*
Skala 1: depressive Verarbeitung	Männer Frauen	15,50 18,50	15,08 26,47	181,00 900,00	,011
Skala 2: Aktives problembezogenes Coping	Männer Frauen	17,00 15,00	29,96 21,22	359,50 721,50	,052
Skala 3: Ablenkung und Selbstaufbau	Männer Frauen	16,00 16,00	26,96 22,28	323,50 757,50	,296
Skala 4: Religiosität und Sinnsuche	Männer Frauen	12,00 11,00	24,92 23,00	299,00 782,00	,668
Skala 5: Bagatellisierung und Wunschdenken	Männer Frauen	9,50 11,50	17,50 25,62	210,00 871,00	,069

\*U-Test nach Mann & Whitney

Die Betrachtung der Einzelitems des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV) findet sich in Tabelle C.4.11 (*Anhang*). Die geschlechtsspezifische Auswertung der Einzelitems für die Patienten zeigt Tabelle C.4.12 (*Anhang*), für die Partner Tabelle C.4.13 (*Anhang*).

**Tabelle 92: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (Partner)**

Skalen FKV (Partner)	Geschlecht	Median	Mittlerer Rang	Rangsumme	Signifikanz (2seitig)*
Skala 1: depressive Verarbeitung	Männer Frauen	14,00 13,00	23,75 22,79	807,50 273,50	,830
Skala 2: Aktives problembezogenes Coping	Männer Frauen	17,00 17,50	23,10 24,63	785,50 295,50	,733
Skala 3: Ablenkung und Selbstaufbau	Männer Frauen	18,50 17,50	24,85 19,67	845,00 236,00	,245
Skala 4: Religiosität und Sinnsuche	Männer Frauen	9,00 11,50	21,15 30,17	719,00 362,00	,044
Skala 5: Bagatellisierung und Wunschdenken	Männer Frauen	11,00 8,00	26,50 15,00	901,00 180,00	,010

\* U-Test nach Mann &amp; Whitney

#### V.4.4 Einstellung zu Krankheit und Gesundheit

**Tabelle 93: Einstellung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) –Gesamtstichprobe: U-Test**

Items (KKG)	Status	N	Median*	Mittlere Rangsumme	Signifikanz (2-seitig)
habe es mir selbst zuzuschreiben	Patient Partner	46 46	4,00 4,00	41,35 51,65	,049
suche Arzt auf	Patient Partner	46 46	4,00 5,00	42,57 50,43	,137
Länge der Beschwerden ist zufallsbedingt	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	48,99 44,01	,358
verdanke Wohlgefühl Hilfe von anderen	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	46,80 46,20	,908
habe nicht genug auf mich aufgepasst	Patient Partner	46 46	4,00 5,00	41,37 51,63	,054
frage andere bei Beschwerden um Rat	Patient Partner	46 46	4,00 4,00	41,54 51,46	,064
es ist Pech, wenn Beschwerden da sind	Patient Partner	46 46	4,00 3,00	56,32 36,68	,000
wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden	Patient Partner	46 46	3,00 4,00	38,08 54,92	,001
wenn es das Schicksal so will, bekomme ich Beschwerden	Patient Partner	46 46	4,00 3,00	52,09 40,91	,040
bitte bei Beschwerden einen Fachmann um Hilfe	Patient Partner	46 46	5,00 4,00	50,92 42,08	,101
Wohlbefinden lässt sich nicht beeinflussen	Patient Partner	46 46	4,00 3,00	53,85 39,15	,006
wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger Beschwerden	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	49,64 43,36	,249
Verschwinden der Beschwerden hängt von Glück ab	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	51,83 41,17	,049
Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich beraten lasse	Patient Partner	46 46	3,00 3,50	43,54 49,46	,272

Tabelle 93: Einstellung zu Krankheit und Gesundheit (KKG)–Gesamtstichprobe: *Fortsetzung*

Items (KKG)	Status	N	Median*	Mittlere Rang-summe	Signifikanz (2-seitig)
verdanke es Schicksal, wenn Beschwerden verschwinden	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	51,00 42,00	,094
wenn ich genügend über mich weiss, kann ich mir selbst helfen	Patient Partner	46 46	4,00 4,00	42,83 50,17	,157
wenn ich Beschwerden habe, weiss ich, dass ich mir selbst helfen kann	Patient Partner	46 46	3,00 4,00	37,09 55,91	,000
es liegt an mir, wenn Beschwerden nachlassen	Patient Partner	46 46	4,00 4,00	37,82 55,18	,001
Glück und Zufall spielen eine große Rolle für mein Befinden	Patient Partner	46 46	3,00 3,00	47,60 45,40	,686
Andere wissen am besten, was mir fehlt	Patient Partner	46 46	3,00 4,00	40,80 52,20	,032
es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen	Patient Partner	46 46	4,00 5,00	38,04 54,96	,001
Rohwerte KKG: Internalität	Patient Partner	46 46	25,00 30,00	34,95 58,05	,000
Rohwerte KKG: soziale Externalität	Patient Partner	46 46	25,00 25,00	45,21 47,79	,641
Rohwerte KKG: fatalist. Externalität	Patient Partner	46 46	25,00 20,50	53,43 39,57	,013
T-Werte KKG: Internalität	Patient Partner	46 46	45,00 55,00	35,07 57,93	,000
T-Werte KKG: soziale Externalität	Patient Partner	46 46	60,00 60,00	44,80 48,20	,534
T-Werte KKG: fatalistisch	Patient Partner	46 46	65,00 55,00	53,13 39,87	,016

Tabelle 94: Einstellung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) - Patientenstichprobe

Items (KKG)	Patienten	N	Median*	Mittlere Rang-summe	Signifikanz (2-seitig)
habe es mir selbst zuzuschreiben	Männer Frauen	12 34	4,50 3,00	30,38 21,07	,033
suche Arzt auf	Männer Frauen	12 34	3,00 5,00	14,83 26,56	,007
Länge der Beschwerden ist zufallsbedingt	Männer Frauen	12 34	1,00 3,00	16,38 26,01	,028
verdanke Wohlgefühl Hilfe von anderen	Männer Frauen	12 34	3,50 3,00	27,25 22,18	,233
habe nicht genug auf mich aufgepasst	Männer Frauen	12 34	5,00 4,00	33,83 19,85	,001
frage andere bei Beschwerden um Rat	Männer Frauen	12 34	3,00 4,00	17,67 25,56	,065
es ist Pech, wenn Beschwerden da sind	Männer Frauen	12 34	2,00 4,50	15,21 26,43	,010
wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden	Männer Frauen	12 34	4,00 3,00	29,83 21,26	,051
wenn es das Schicksal so will, bekomme ich Beschwerden	Männer Frauen	12 34	1,50 4,00	19,46 24,93	,212
bitte bei Beschwerden einen Fachmann um Hilfe	Männer Frauen	12 34	3,50 5,00	18,04 25,43	,087
Wohlbefinden lässt sich nicht beeinflussen	Männer Frauen	12 34	2,00 4,00	19,08 25,06	,163
wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger Beschwerden	Männer Frauen	12 34	2,00 3,00	17,75 25,53	,077
Verschwinden der Beschwerden hängt von Glück ab	Männer Frauen	12 34	3,00 3,00	21,13 24,34	,462
Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich beraten lasse	Männer Frauen	12 34	4,50 3,00	30,67 20,97	,026

Tabelle 94: Einstellung zu Krankheit und Gesundheit (KKG)-Patienten: *Fortsetzung*

Items (KKG)	Patienten	N	Median*	Mittlere Rang-summe	Signifikanz (2-seitig)
verdanke es Schicksal, wenn Beschwerden verschwinden	Männer Frauen	12 34	1,50 4,00	16,96 25,81	,040
wenn ich genügend über mich weiss, kann ich mir selbst helfen	Männer Frauen	12 34	4,00 4,00	27,83 21,97	,161
wenn ich Beschwerden habe, weiss ich, dass ich mir selbst helfen kann	Männer Frauen	12 34	4,00 2,00	35,00 19,44	,000
es liegt an mir, wenn Beschwerden nachlassen	Männer Frauen	12 34	5,00 3,00	31,21 20,78	,017
Glück und Zufall spielen eine große Rolle für mein Befinden	Männer Frauen	34 12	2,50 3,00	21,54 24,19	,547
Andere wissen am besten, was mir fehlt	Männer Frauen	12 34	3,00 3,00	25,83 22,68	,465
es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen	Männer Frauen	12 34	5,00 4,00	34,38 19,66	,001
Rohwerte KKG: Internalität	Männer Frauen	12 34	31,00 23,00	32,88 20,19	,005
Rohwerte KKG: soziale Externalität	Männer Frauen	12 34	23,00 26,00	18,58 25,24	,137
Rohwerte KKG: fatalist. Externalität	Männer Frauen	12 34	16,50 25,00	17,54 25,60	,073
T-Werte KKG: Internalität	Männer Frauen	12 34	57,50 40,00	33,33 20,03	,003
T-Werte KKG: soziale Externalität	Männer Frauen	12 34	57,50 65,00	19,96 24,75	,275
T-Werte KKG: fatalistisch	Männer Frauen	12 34	50,00 65,00	17,00 25,79	,047

Tabelle 95: Einstellung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) - Partnerstichprobe

Items (KKG)	Partner	N	Median*	Mittlere Rang-summe	Signifikanz (2-seitig)
habe es mir selbst zuzuschreiben	Männer Frauen	34 12	4,00 3,50	24,85 19,67	,194
suche Arzt auf	Männer Frauen	34 12	5,00 4,50	26,09 16,17	,018
Länge der Beschwerden ist zufallsbedingt	Männer Frauen	34 12	3,00 1,50	26,31 15,54	,013
verdanke Wohlgefühl Hilfe von anderen	Männer Frauen	34 12	3,00 3,00	24,10 21,79	,585
habe nicht genug auf mich aufgepasst	Männer Frauen	34 12	4,50 5,00	23,16 24,46	,758
frage andere bei Beschwerden um Rat	Männer Frauen	34 12	4,00 3,50	24,50 20,67	,377
es ist Pech, wenn Beschwerden da sind	Männer Frauen	34 12	3,00 1,50	25,35 18,25	,106
wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden	Männer Frauen	34 12	4,00 4,00	22,16 27,29	,194
wenn es das Schicksal so will, bekomme ich Beschwerden	Männer Frauen	34 12	3,00 2,00	24,87 19,63	,229
bitte bei Beschwerden einen Fachmann um Hilfe	Männer Frauen	34 12	4,00 3,00	25,18 18,75	,143
Wohlbefinden lässt sich nicht beeinflussen	Männer Frauen	34 12	3,00 1,00	26,22 15,79	,014
wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger Beschwerden	Männer Frauen	34 12	3,00 1,50	28,04 10,63	,000
Verschwinden der Beschwerden hängt von Glück ab	Männer Frauen	34 12	3,00 1,00	27,09 13,33	,002
Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich beraten lasse	Männer Frauen	34 12	4,00 2,00	26,65 14,58	,005



Tabelle 95: Einstellung zu Krankheit und Gesundheit (KKG)- Partner: *Fortsetzung*

Items (KKG)	Partner	N	Median*	Mittlere Rangsumme	Signifikanz (2-seitig)
verdanke es Schicksal, wenn Beschwerden verschwinden	Männer	34	3,00	27,28	,001
	Frauen	12	1,00	12,79	
wenn ich genügend über mich weiss, kann ich mir selbst helfen	Männer	34	4,00	21,51	,071
	Frauen	12	5,00	29,13	
wenn ich Beschwerden habe, weiss ich, dass ich mir selbst helfen kann	Männer	34	4,00	21,37	,053
	Frauen	12	4,50	29,54	
es liegt an mir, wenn Beschwerden nachlassen	Männer	34	4,00	23,00	,643
	Frauen	12	4,00	24,92	
Glück und Zufall spielen eine große Rolle für mein Befinden	Männer	34	3,00	26,01	,027
	Frauen	12	2,00	16,38	
Andere wissen am besten, was mir fehlt	Männer	34	4,00	25,94	,026
	Frauen	12	3,00	16,58	
es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen	Männer	34	4,50	21,00	,020
	Frauen	12	5,00	30,58	
Rohwerte KKG: Internalität	Männer	34	29,50	22,22	,274
	Frauen	12	30,50	27,13	
Rohwerte KKG: soziale Externalität	Männer	34	26,00	27,00	,003
	Frauen	12	21,50	13,58	
Rohwerte KKG: fatalist. Externalität	Männer	34	21,00	26,78	,005
	Frauen	12	14,50	14,21	
T-Werte KKG: Internalität	Männer	34	55,00	22,16	,243
	Frauen	12	57,50	27,29	
T-Werte KKG: soziale Externalität	Männer	34	65,00	26,68	,006
	Frauen	12	55,00	14,50	
T-Werte KKG: fatalistisch	Männer	34	47,50	26,65	,007
	Frauen	12	55,00	14,58	

## V.5 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Verantwortlichkeit und der partnerschaftlichen Unterstützung?

### V.5.1 Eigene Verantwortlichkeit für die Krankheitsentstehung

Patienten und Partner haben unabhängig voneinander ihre eigene wahrgenommene Verantwortlichkeit auf einer Skala von 0 (niedrig) bis 10 (hoch) eingeschätzt. Dazu wurde gefragt: „Wie hoch schätzen Sie Ihren Anteil („eigenes Verschulden“) bei der Krankheitsentstehung ein?“

Bei den Patienten liegt der Mittelwert bei 4,89 ( $SD=2,273$ ), die Partner erreichen einen Mittelwert von 3,00 ( $SD=1,909$ ). Aufgrund der Gleichheit der Varianzen (Levine-Test) und der Betrachtung des Skalenniveaus als intervallskaliert, erzeugt der ausgewählte t-Test zur Unterschiedsprüfung (zweiseitig) ein signifikantes Ergebnis ( $p=,000$ ).

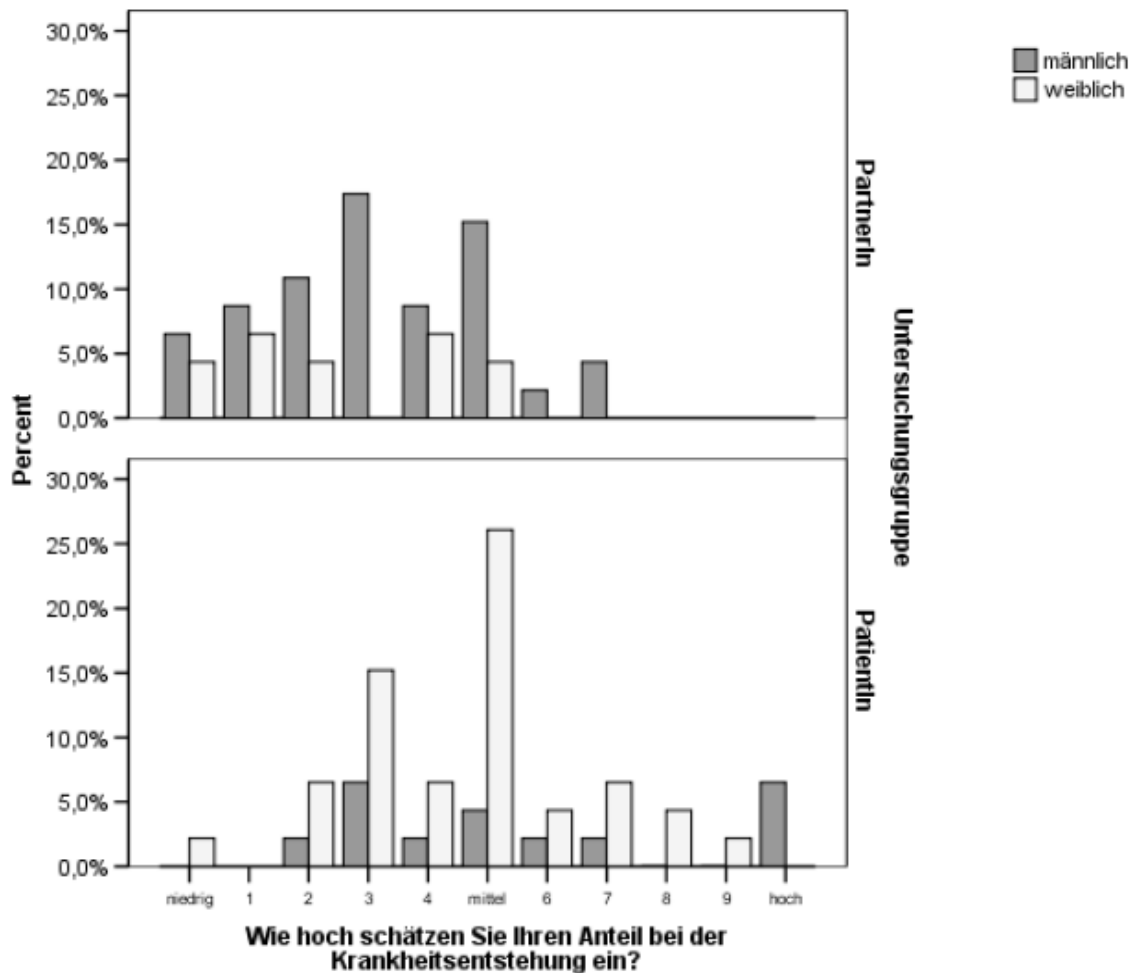


Abbildung 19: Einschätzung des eigenen Anteils bei der Krankheitsentstehung (Geschlecht)

### V.5.2 Verantwortlichkeit des Partners bei der Krankheitsentstehung

Die Fragestellung dazu lautete: „Wie hoch schätzen Sie den Anteil Ihres Partners/ Ihrer Partnerin („eigenes Verschulden“) bei der Krankheitsentstehung ein?“

Bei der Einschätzung auf einer zehnstufigen Skala liegt der Mittelwert der Patienten bei 4,04 ( $SD=3,040$ ), der Mittelwert der Partner bei 5,13 ( $SD=2,746$ ). Die Überprüfung mit dem t-Test ergibt keine signifikanten Unterschiede ( $p=,075$ ).

Die männlichen Patienten erreichen einen Mittelwert von 5,67 ( $SD=2,964$ ), die weiblichen Patienten einen Mittelwert von 4,62 ( $SD=1,954$ ). Es bestehen keine signifikanten Unterschiede ( $p=,414$ ). Die 34 männlichen Partner erzielen einen Mittelwert von 3,21 ( $SD=1,903$ ), die 12 weiblichen Partner von 2,42 ( $SD=1,881$ ).

Mit  $p=,222$  (t-Test) kann kein signifikanter Unterschied bestätigt werden.

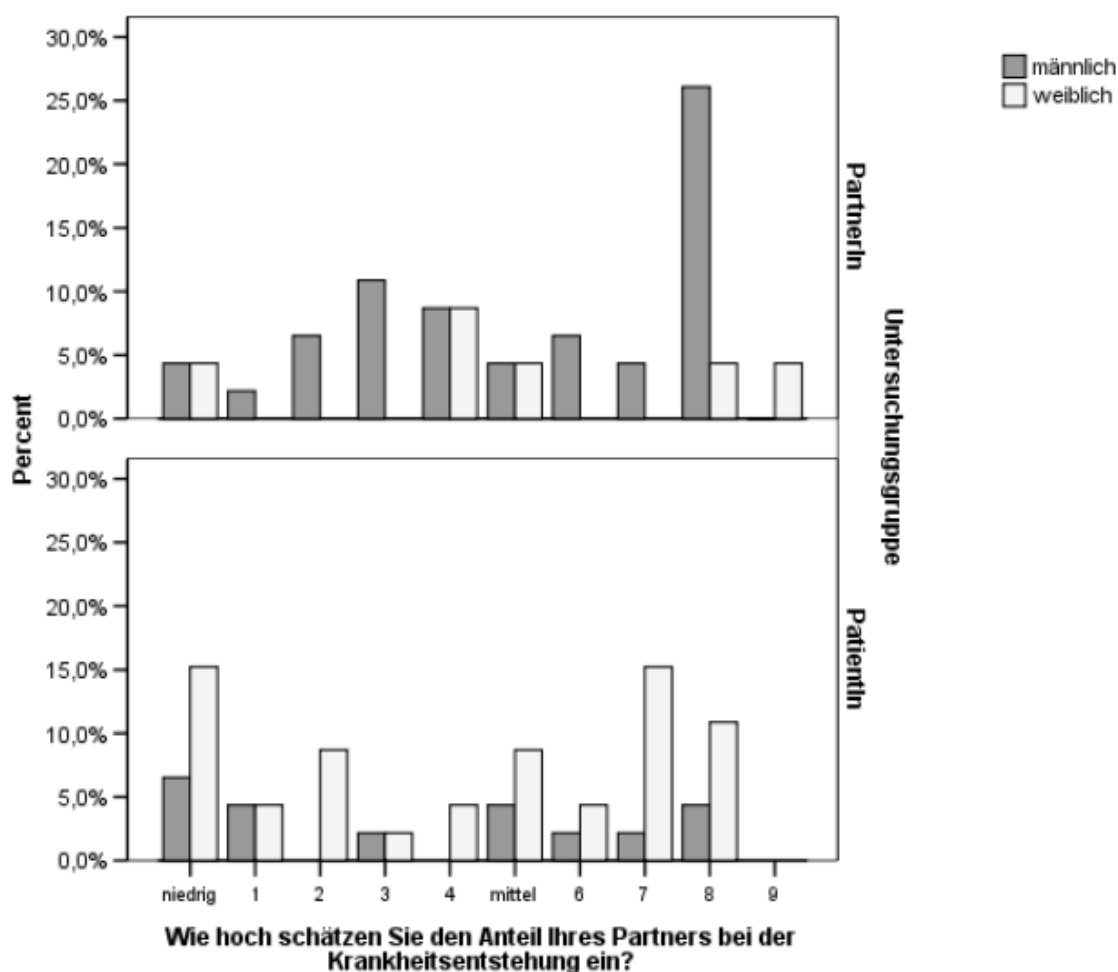


Abbildung 20: Verantwortlichkeit des Partners bei der Krankheitsentstehung (Geschlecht)

### V.5.3 Einstellung zu den Therapiemaßnahmen und Übereinstimmungen

Nach der Einschätzung der Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung (Gespräch mit dem behandelnden Arzt, Bücher, Internet, Selbsthilfegruppe...) wurde gefragt: „Wie hoch schätzen Sie die Übereinstimmung mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin in diesen Fragen (zur Krankheitsbewältigung) ein?“ sowie „Wie wichtig ist für Sie die Einstellung Ihres Partners/Ihrer Partnerin zu den Therapiemaßnahmen?“ Bei der Einschätzung der Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen erreichen die Patienten einen Mittelwert von 7,50 ( $SD=2,563$ ), die Partner von 8,35 ( $SD=1,609$ ) auf einer zehnstufigen Skala. Die Unterschiede sind nicht signifikant ( $p=,061$ ; t-Test). Die Betrachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede zeigt bei den Patienten keine signifikanten Unterschiede ( $p=,699$ ; t-Test). Die Mittelwerte betragen bei den männlichen Patienten 7,75 ( $SD=3,251$ ), bei den weiblichen Patienten 7,41 ( $SD=2,324$ ). Bei den männlichen Partnern beträgt der Mittelwert 8,06 ( $SD=1,536$ ), bei den weiblichen Partnern 9,17 ( $SD=1,586$ ). Die Überprüfung der Unterschiede mit dem t-Test (ANOVA) zeigt ein signifikantes Ergebnis ( $p=,039$ ).

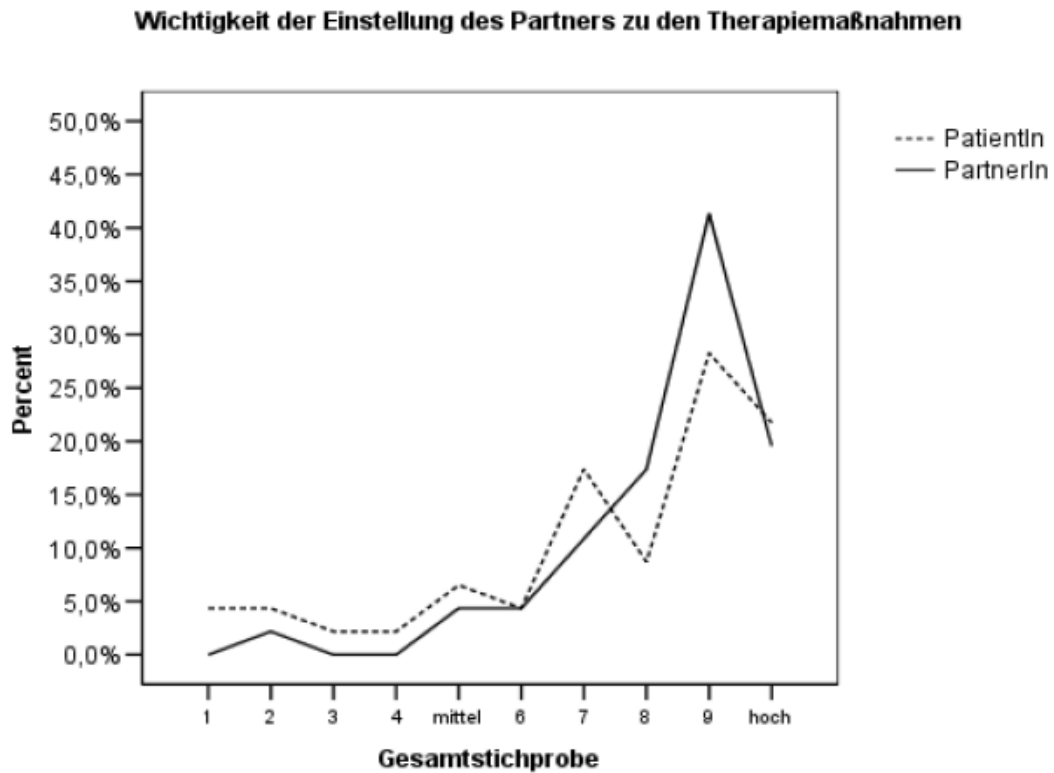


Abbildung 21: Bedeutung der Einstellung des Partners zu Therapiemaßnahmen (Gesamt)

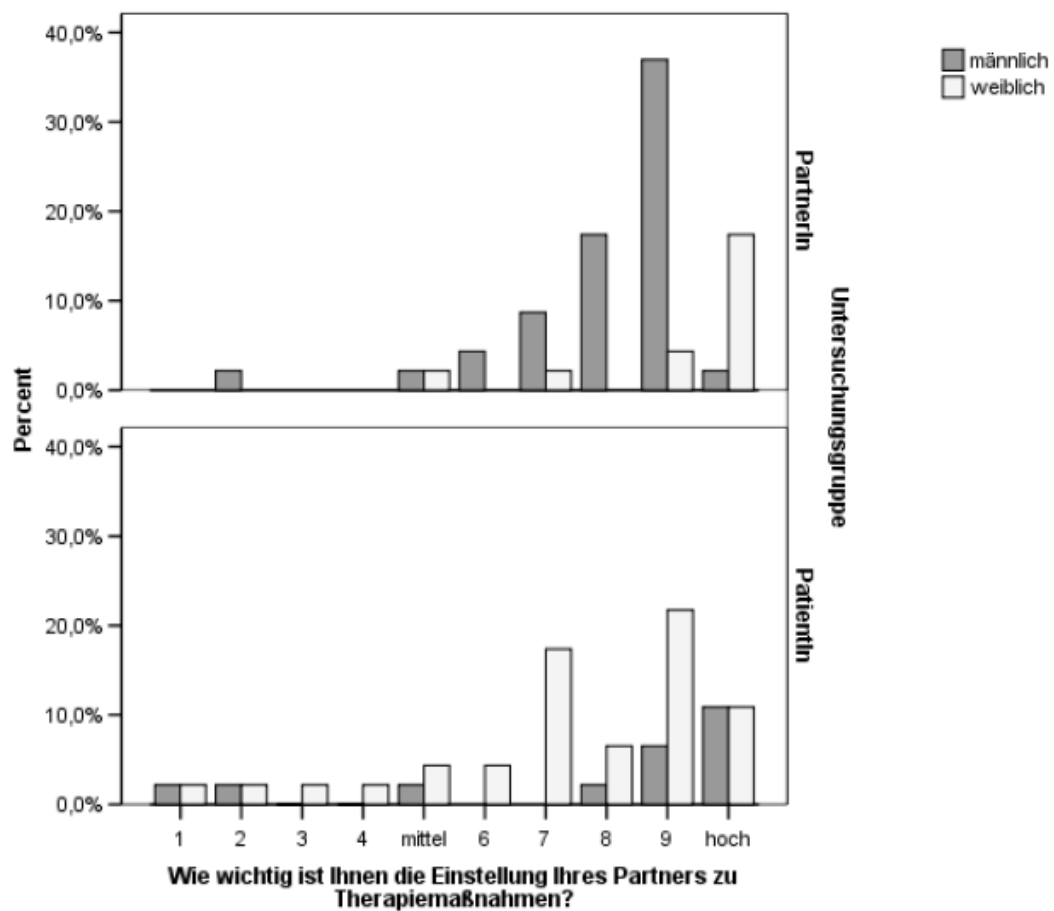


Abbildung 22: Bedeutung der Einstellung des Partners zu Therapiemaßnahmen (Geschlecht)

Die Höhe der Übereinstimmung mit dem Partner in den Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung wird von den Patienten mit einem Mittelwert von 5,72 ( $SD=2,562$ ; Mittlere Rangsumme: 48,95) und den Partnern mit einem Mittelwert von 5,39 ( $SD=2,005$ ; Mittlere Rangsumme: 44,05) eingeschätzt. Da keine Gleichheit der Varianzen vorliegt, wird der Unterschied mittels U-Test von Mann & Whitney geprüft ( $p=,374$ ). Aufgrund bestehender Gleichheit der Varianzen (Levine-Test) werden geschlechtsspezifische Unterschiede mit dem t-Test (ANOVA) geprüft.

Der Mittelwert der männlichen Patienten von 5,92 ( $SD=2,843$ ) unterscheidet sich nicht signifikant ( $p=,758$ ; t-Test) von den weiblichen Patienten (Mittelwert: 5,65;  $SD=2,497$ ). Die männlichen Partner (Mittelwert: 5,29;  $SD=1,947$ ) unterscheiden sich in ihren Aussagen nicht signifikant ( $p=,586$ ; t-Test) von den weiblichen Partnern (Mittelwert: 5,67;  $SD=2,229$ ).

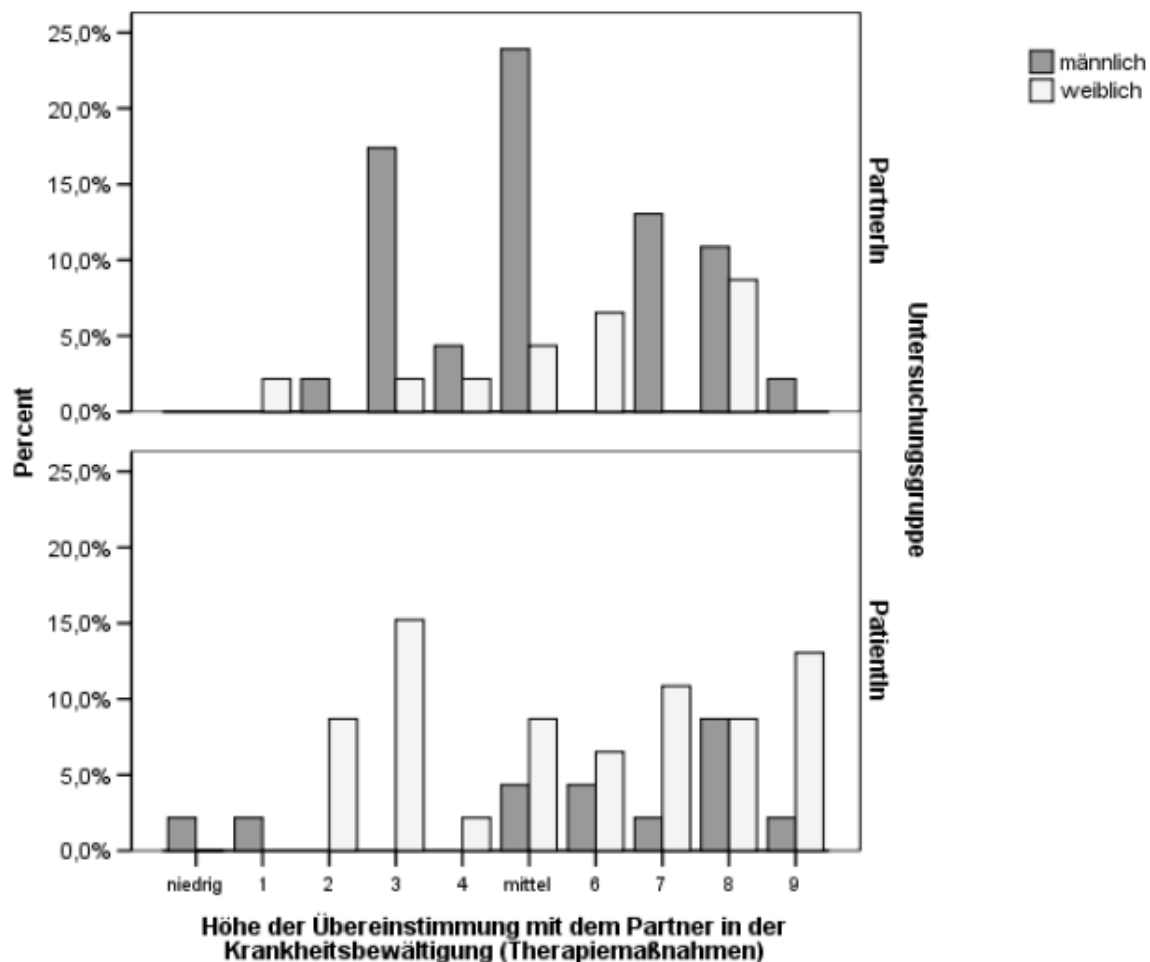


Abbildung 23: Übereinstimmung mit dem Partner in der Krankheitsbewältigung (Geschlecht)

### V.5.4 Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung

Es wurde gefragt: „Wie hoch schätzen Sie momentan die Bemühungen Ihres Partners/Ihrer Partnerin bei der Krankheitsbewältigung ein?“

Patienten schätzen die momentanen Bemühungen des Partners auf der zehnstufigen Skala im Mittelwert bei 6,41 ( $SD=2,978$ ). In der Partnerstichprobe liegt der Mittelwert bei 5,67 ( $SD=2,725$ ). Die statistische Überprüfung bei vorliegender Normalverteilung ergibt keinen signifikanten Unterschied in der Bewertung ( $p=,218$ ; t-Test). Innerhalb der Patientenstichprobe ergibt sich bei der Einschätzung der männlichen Teilnehmer ein Mittelwert von 8,17 ( $SD=2,949$ ), bei den weiblichen Teilnehmern ein Mittelwert von 5,79 ( $SD=2,772$ ). Der Unterschied ist mit  $p=,016$  (t-Test) statistisch bedeutsam.

Bei den männlichen Partnern beträgt der Mittelwert 5,15 ( $SD=2,607$ ), bei den weiblichen Partnern 7,17 ( $SD=2,588$ ). Der Unterschied ist bei  $p=,026$  (t-Test) signifikant.

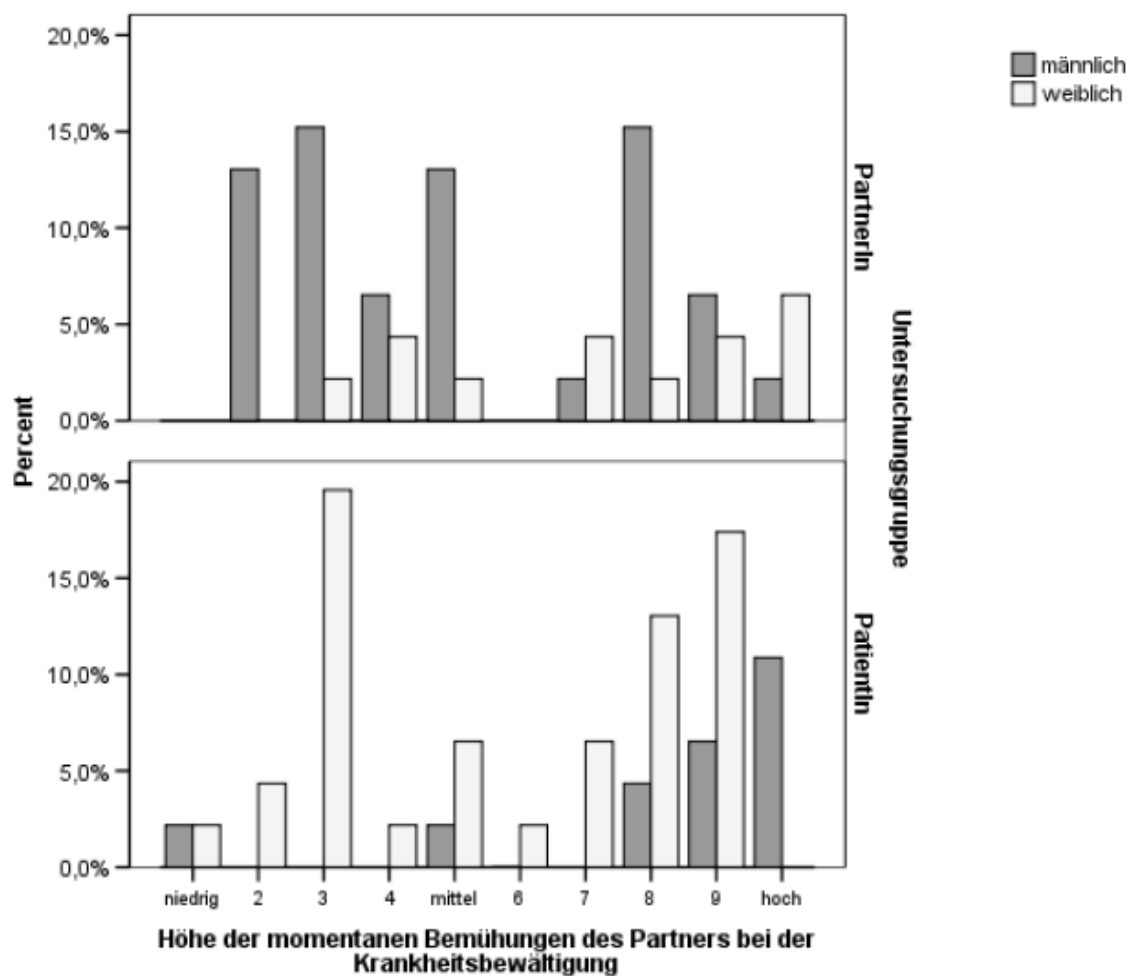


Abbildung 24: Einschätzung der Bemühungen des Partners (Geschlecht)

## V.5.5 Momentan eingeschätzte Krankheitsbewältigung und Auswirkungen

Tabelle 96: Übereinstimmung mit dem Partner in Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung

Skala	PatientIn			PartnerIn			Gesamt	
	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%
0 (niedrig)	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
1	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
2	4	8,7%	4,3%	1	2,2%	1,1%	5	5,4%
3	7	15,2%	7,6%	9	19,6%	9,8%	16	17,4%
4	1	2,2%	1,1%	3	6,5%	3,3%	4	4,3%
5 (mittel)	6	13,0%	6,5%	13	28,3%	14,1%	19	20,7%
6	5	10,9%	5,4%	3	6,5%	3,3%	8	8,7%
7	6	13,0%	6,5%	6	13,0%	6,5%	12	13,0%
8	8	17,4%	8,7%	9	19,6%	9,8%	17	18,5%
9	7	15,2%	7,6%	1	2,2%	1,1%	8	8,7%
10 (hoch)	-	-	-	-	-	-	-	-

Median: PatientIn: 6,00; PartnerIn: 5,00 / Asymp. Signifikanz (zweiseitig): ,374 (U-Test)

Tabelle 97: Einschätzung der eigenen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung

Skala	PatientIn			PartnerIn			Gesamt	
	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%
0 (niedrig)	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
1	3	6,5%	3,3%	7	15,2%	7,6%	10	10,9%
2	19	41,3%	20,7%	13	28,3%	14,1%	32	34,8%
3	7	15,2%	7,6%	5	10,9%	5,4%	12	13,0%
4	8	17,4%	8,7%	15	32,6%	16,3%	23	25,0%
5 (mittel)	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%	2	2,2%
6	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
7	2	4,3%	2,2%	4	8,7%	4,3%	6	6,5%
8	3	6,5%	3,3%	0	,0%	,0%	3	3,3%
9	-	-	-	-	-	-	-	-
10 (hoch)	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%

Median: PatientIn: 3,50; PartnerIn: 4,00 / Asymp. Signifikanz (zweiseitig): ,913 (U-Test)

Tabelle 98: Einschätzung des Beitrages der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung

Skala	PatientIn			PartnerIn			Gesamt	
	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%
0 (niedrig)	3	6,5%	3,3%	0	,0%	,0%	3	3,3%
1	1	2,2%	1,1%	2	4,3%	2,2%	3	3,3%
2	1	2,2%	1,1%	4	8,7%	4,3%	5	5,4%
3	8	17,4%	8,7%	7	15,2%	7,6%	15	16,3%
4	4	8,7%	4,3%	3	6,5%	3,3%	7	7,6%
5 (mittel)	3	6,5%	3,3%	10	21,7%	10,9%	13	14,1%
6	3	6,5%	3,3%	5	10,9%	5,4%	8	8,7%
7	5	10,9%	5,4%	4	8,7%	4,3%	9	9,8%
8	5	10,9%	5,4%	4	8,7%	4,3%	9	9,8%
9	7	15,2%	7,6%	5	10,9%	5,4%	12	13,0%
10 (hoch)	6	13,0%	6,5%	2	4,3%	2,2%	8	8,7%

Median: PatientIn: 6,50; PartnerIn: 5,00 / Asymp. Signifikanz (zweiseitig): ,271 (U-Test)

Tabelle 99: Einschätzung der Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung

Skala	PatientIn			PartnerIn			Gesamt	
	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%
0 (niedrig)	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%	2	2,2%
1	2	4,3%	2,2%	6	13,0%	6,5%	8	8,7%
2	9	19,6%	9,8%	8	17,4%	8,7%	17	18,5%
3	1	2,2%	1,1%	5	10,9%	5,4%	6	6,5%
4	4	8,7%	4,3%	7	15,2%	7,6%	11	12,0%
5 (mittel)	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
6	3	6,5%	3,3%	3	6,5%	3,3%	6	6,5%
7	8	17,4%	8,7%	8	17,4%	8,7%	16	17,4%
8	11	23,9%	12,0%	5	10,9%	5,4%	16	17,4%
9	5	10,9%	5,4%	4	8,7%	4,3%	9	9,8%
10 (hoch)	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%	2	2,2%

Median: PatientIn: 8,00; PartnerIn: 5,00 / Asymp. Signifikanz (zweiseitig): ,176 (U-Test)

Tabelle 100: Einschätzung des momentan empfundenen Ärgers aufgrund der Erkrankung

Skala	PatientIn			PartnerIn			Gesamt	
	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%
0 (niedrig)	0	,0%	,0%	1	2,2%	1,1%	1	1,1%
1	1	2,2%	1,1%	3	6,5%	3,3%	4	4,3%
2	0	,0%	,0%	3	6,5%	3,3%	3	3,3%
3	2	4,3%	2,2%	3	6,5%	3,3%	5	5,4%
4	0	,0%	,0%	1	2,2%	1,1%	1	1,1%
5 (mittel)	7	15,2%	7,6%	6	13,0%	6,5%	13	14,1%
6	3	6,5%	3,3%	8	17,4%	8,7%	11	12,0%
7	8	17,4%	8,7%	5	10,9%	5,4%	13	14,1%
8	10	21,7%	10,9%	10	21,7%	10,9%	20	21,7%
9	11	23,9%	12,0%	6	13,0%	6,5%	17	18,5%
10 (hoch)	4	8,7%	4,3%	0	,0%	,0%	4	4,3%

Median: PatientIn: 8,00; PartnerIn: 6,00 / Asymp. Signifikanz (zweiseitig): ,006 (U-Test)

Tabelle 101: Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen

Skala	PatientIn			PartnerIn			Gesamt	
	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%
0 (niedrig)	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%	2	2,2%
1	2	4,3%	2,2%	1	2,2%	1,1%	3	3,3%
2	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
3	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
4	3	6,5%	3,3%	2	4,3%	2,2%	5	5,4%
5 (mittel)	2	4,3%	2,2%	2	4,3%	2,2%	4	4,3%
6	8	17,4%	8,7%	5	10,9%	5,4%	13	14,1%
7	4	8,7%	4,3%	8	17,4%	8,7%	12	13,0%
8	13	28,3%	14,1%	19	41,3%	20,7%	32	34,8%
9	10	21,7%	10,9%	9	19,6%	9,8%	19	20,7%
10 (hoch)	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%	2	2,2%

Median: PatientIn: 8,50; PartnerIn: 9,00 / Asymp. Signifikanz (zweiseitig): ,220 (U-Test)



Tabelle 102: Einschätzung des Anteils des Partners bei der Krankheitsentstehung

Skala	PatientIn			PartnerIn			Gesamt	
	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%
0 (niedrig)	10	21,7%	10,9%	4	8,7%	4,3%	14	15,2%
1	4	8,7%	4,3%	1	2,2%	1,1%	5	5,4%
2	4	8,7%	4,3%	3	6,5%	3,3%	7	7,6%
3	2	4,3%	2,2%	5	10,9%	5,4%	7	7,6%
4	2	4,3%	2,2%	8	17,4%	8,7%	10	10,9%
5 (mittel)	6	13,0%	6,5%	4	8,7%	4,3%	10	10,9%
6	3	6,5%	3,3%	3	6,5%	3,3%	6	6,5%
7	8	17,4%	8,7%	2	4,3%	2,2%	10	10,9%
8	7	15,2%	7,6%	14	30,4%	15,2%	21	22,8%
9	0	,0%	,0%	2	4,3%	2,2%	2	2,2%

Median: PatientIn: 5,00; PartnerIn: 5,00 / Asymp. Signifikanz (zweiseitig): ,069 (U-Test)

Tabelle 103: Korrelationen zwischen den Beurteilungsskalen (Gesamtstichprobe):

	Über- einstim- mung	Krankh.- bewälti- gung	Beitrag Partner- schaft	Bemü- hung Partner	Ärger	Wichtig- keit Ein- stellung	Anteil Partner	Eigener Anteil
Übereinstimmung mit Partner	1,000	,504(**)	,623(**)	,698(**)	-,291(**)	,481(**)	-,548(**)	,089
Krankheits- bewältigung	,504(**)	1,000	,508(**)	,570(**)	-,389(**)	,449(**)	-,373(**)	-,132
Beitrag Partnerschaft bei Krankheitsbew.	,623(**)	,508(**)	1,000	,671(**)	-,216(*)	,325(**)	-,677(**)	-,129
Bemühung Partner bei Krankheitsbew.	,698(**)	,570(**)	,671(**)	1,000	-,336(**)	,503(**)	-,543(**)	-,009
Ärger aufgrund Erkrankung	-,291(**)	-,389(**)	-,216(*)	-,336(**)	1,000	-,272(**)	,134	,042
Wichtigkeit Einstellung Partner	,481(**)	,449(**)	,325(**)	,503(**)	-,272(**)	1,000	-,234(*)	-,005
Anteil Partner bei Krankheitsentstehung	-,548(**)	-,373(**)	-,677(**)	-,543(**)	,134	-,234(*)	1,000	,109
Eigenen Anteil bei Krankheitsentstehung	,089	-,132	-,129	-,009	,042	-,005	,109	1,000

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed) / \*Correlation is significant at the 0.05 level: Spearman  
Rangkorrelation

Die Rangkorrelationen (Spearman) der Patienten- und Partnerstichproben befinden sich in den Tabellen C.5.1 und C.5.2 (*Anhang*), Mittelwerte und Standardabweichungen zeigt Tabelle C.5.3 (*Anhang*).

### V.5.6 Zusammenhang zwischen Hauptursache, Partnerschaftszufriedenheit und Krankheitsbewältigung?

Tabelle 104: Ursachenzuschreibung (Hauptursache) innerhalb der Partnerstichprobe

Partner (n=46)		der Betroffene selbst	äußere Umstände	Gesamt
<b>unglücklich</b>	Anzahl	24	1	25
	% Gruppe	96,0%	4,0%	100,0%
	% Gesamt	52,2%	2,2%	54,3%
<b>glücklich</b>	Anzahl	10	11	21
	% Gruppe	47,6%	52,4%	100,0%
	% Gesamt	21,7%	23,9%	45,7%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	34	12	46
	% Gesamt	73,9%	26,1%	100,0%

Spearman'scher Korrelationskoeffizient: ,549 ( $p=,000$ )

Die Teilstichproben „glücklich“ und „unglücklich“ innerhalb der Partnerstichprobe unterscheiden sich signifikant in der Einschätzung der Hauptursache (mittlere Rangsummen: glücklich: 29,55; unglücklich: 18,42; U-Test:  $p=,000$ ).

Tabelle 105: Ursachenzuschreibung (Hauptursache) innerhalb der Patientenstichprobe

Patienten (n=46)		ich selbst	äußere Umstände	Gesamt
<b>unglücklich</b>	Anzahl	12	8	20
	% Gruppe	60,0%	40,0%	100,0%
	% Gesamt	26,1%	17,4%	43,5%
<b>glücklich</b>	Anzahl	16	10	26
	% Gruppe	61,5%	38,5%	100,0%
	% Gesamt	34,8%	21,7%	56,5%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	28	18	46
	% Gesamt	60,9%	39,1%	100,0%

Spearman'scher Korrelationskoeffizient: -,016 ( $p=,918$ ) / Normalverteilung:  $\chi^2 = ,916$

Die Variablen „Hauptursache“ und „Partnerschaftszufriedenheit“ (glücklich / unglücklich) werden als ordinalskaliert betrachtet. Zur Operationalisierung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit wurden die Aussagen aus den Zusatzitems des PFB sachlogisch zusammengefasst und dichotomisiert. Nach Bühl (2006) ist eine nominalskalierte Variable, die zweifach gestuft wurde, als ordinalskaliert zu betrachten (S.262) und die Rangkorrelation nach Spearman wird berechnet.

Tabelle 106: Korrelationen zwischen Hauptursache und Beurteilungsskalen (Gesamt): Teil 1

	Haupt- ursache Erkrankung	Partner- schafts- zufrie- denheit	Möglich- keiten Krank- heitsbew.	Beitrag Partner- schaft	Anteil Partner bei Krankheits- entstehung	Eigener Anteil bei Krankheits- entstehung
Hauptursache der Erkrankung	1	,263(*)	-,043	,204(*)	-,266(*)	-,115
Partnerschaftszufriedenheit (glücklich / unglücklich)	,263(*)	1	,400(**)	,693(**)	-,747(**)	-,161
Momentane Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	-,043	,411(**)	1	,508(**)	-,373(**)	-,132
Beitrag Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	,207(*)	,693(**)	,508(**)	1	-,667(**)	-,129
Anteil Partner bei Krankheitsentstehung	-,259(*)	-,747(**)	-,373(**)	-,677(**)	1	,109
Eigener Anteil bei Krankheitsentstehung	-,126	-,161	-,132	-,129	,109	1
Übereinstimmung mit Partner bei Therapie	,158	,603(**)	,504(**)	,623(**)	-,548(**)	,089
Bemühung Partner bei der Krankheitsbewältigung	,146	,655(**)	,570(**)	,671(**)	-,543(**)	-,009
Ärger aufgrund der Erkrankung	,137	-,312(**)	-,389(**)	-,216(*)	,134	,042
Wichtigkeit Einstellung des Partners zu Therapie	-,141	,197	,449(**)	,325(**)	-,234(*)	-,005

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabelle 107: Korrelationen zwischen Hauptursache und Beurteilungsskalen (Gesamt): Teil 2

	Haupt- ursache	Partner- schafts- zufrie- denheit	Über- einstim- mung Partner	Bemü- hung Partner	Ärger aufgrund Erkrankung	Wichtig- keit Ein- stellung Partner
Hauptursache der Erkrankung	1	,263(*)	,158	,146	,137	-,141
Partnerschaftszufriedenheit (glücklich / unglücklich)	,263(*)	1	,603(**)	,655(**)	-,312(**)	,197
Übereinstimmung mit Partner bei Therapie	,158	,603(**)	1	,698(**)	-,291(**)	,481(**)
Bemühung Partner bei der Krankheitsbewältigung	,146	,655(**)	,698(**)	1	-,336(**)	,503(**)
Ärger aufgrund der Erkrankung	,137	-,312(**)	-,291(**)	-,336(**)	1	-,272(**)
Wichtigkeit Einstellung des Partners zu Therapie	-,141	,197	,481(**)	,503(**)	-,272(**)	1
Momentane Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	,003	,411(**)	,504(**)	,570(**)	-,389(**)	,449(**)
Beitrag Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	,204	,693(**)	,623(**)	,671(**)	-,216(*)	,325(**)
Anteil Partner bei Krankheitsentstehung	-,266(*)	-,747(**)	-,548(**)	-,543(**)	,134	-,234(*)
Eigener Anteil bei Krankheitsentstehung	-,115	-,161	,089	-,009	,042	-,005

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Das Geschlecht korreliert in der Gesamtstichprobe natürlich mit der Zugehörigkeit zu einer Untersuchungsgruppe (Patienten/Partner):  $r_s = -,478^{**}$ . Eine sehr geringe Korrelation findet sich bei der Empfindung von Ärger:  $r_s = ,288^{**}$ . In der Patientenstichprobe korreliert das Ge-

schlecht mit der momentanen Krankheitsbewältigung ( $r_s = -,562^{**}$ ), mit der Einschätzung der Bemühung des Partners bei der Krankheitsbewältigung ( $r_s = -,443^{**}$ ) und dem Empfinden von Ärger ( $r_s = ,484^{**}$ ).

Das Geschlecht korreliert in der Partnerstichprobe gering mit der Einschätzung der Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung ( $r_s = ,333^*$ ) und der Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen ( $r_s = ,470^{**}$ ).

Die Ergebnisse der Rangkorrelation nach Spearman zwischen den Übereinstimmungsparametern der Patientenstichprobe befinden sich in den Tabellen C.5.4 (*Anhang*) und C.5.5 (*Anhang*), der Partnerstichprobe in den Tabellen C.5.6 (*Anhang*) und C.5.7 (*Anhang*).

**Tabelle 108: Korrelationen zwischen der partnerschaftlichen Bewältigung und Copingstrategien (Patienten)**

Patienten (n=46)	Skala 1: depressive Verarbeitung	Skala 2: aktives Coping	Skala 3: Ablenkung/S elbstaufbau	Skala 4: Religiosität Sinnsuche	Skala 5: Bagatelli- sierung
Übereinstimmung mit Partner bei Bewältigung	-,419(**)	,343(*)	,167	,332(*)	-,257
Momentane Krankheitsbewältigung	-,340(*)	,264	,294(*)	,075	-,098
Beitrag Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	-,226	,283	,317(*)	,222	-,209
Bemühung Partner bei der Krankheitsbewältigung	-,458(**)	,453(**)	,305(*)	,311(*)	-,333(*)
Ärger aufgrund der Erkrankung	,351(*)	-,077	-,097	-,043	,206
Wichtigkeit Einstellung des Partners zu Therapie	-,401(**)	,337(*)	,160	,385(**)	-,061
Anteil Partner bei Krankheitsentstehung	,179	-,499(**)	-,293(*)	-,121	,403(**)
Eigener Anteil bei Krankheitsentstehung	-,098	,007	,006	,010	,039
Skala 1: Depressive Verarbeitung	1	-,558(**)	-,089	-,316(*)	,659(**)
Skala 2: aktives problembezogenes Coping	-,558(**)	1	,435(**)	,515(**)	-,574(**)
Skala 3: Ablenkung und Selbstaufbau	-,089	,435(**)	1	,218	-,107
Skala 4: Religiosität und Sinnsuche	-,316(*)	,515(**)	,218	1	-,185
Skala 5: Bagatellisierung und Wunschdenken	,659(**)	-,574(**)	-,107	-,185	1

Rangkorrelation nach Spearman

Tabelle 109: Korrelationen zwischen der partnerschaftlichen Bewältigung und Copingstrategien (Partner)

Partner (n=46)	Skala 1: depressive Verarbeitung	Skala 2: aktives Coping	Skala 3: Ablenkung/S elbstaufbau	Skala 4: Religiosität Sinnsuche	Skala 5: Bagatelli- sierung
Übereinstimmung mit Partner bei Bewältigung	-,108	,215	-,198	,523(**)	-,364(*)
Momentane Krankheitsbewältigung	-,237	,355(*)	-,380(**)	,284	-,575(**)
Beitrag Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	-,149	,400(**)	-,077	,387(**)	-,170
Bemühung Partner bei der Krankheitsbewältigung	-,023	,417(**)	-,308(*)	,557(**)	-,337(*)
Ärger aufgrund der Erkrankung	,087	-,450(**)	,049	-,560(**)	,410(**)
Wichtigkeit Einstellung des Partners zu Therapie	-,214	,257	-,262	,160	-,467(**)
Anteil Partner bei Krankheitsentstehung	,235	-,462(**)	,365(*)	-,407(**)	,286
Eigener Anteil bei Krankheitsentstehung	,448(**)	-,347(*)	-,123	-,097	,255
Skala 1: Depressive Verarbeitung	1	-,140	,034	,126	,400(**)
Skala 2: aktives problembezogenes Coping	-,140	1	,001	,289	-,182
Skala 3: Ablenkung und Selbstaufbau	,034	,001	1	-,207	,453(**)
Skala 4: Religiosität und Sinnsuche	,126	,289	-,207	1	-,320(*)
Skala 5: Bagatellisierung und Wunschdenken	,400(**)	-,182	,453(**)	-,320(*)	1

## V.5.7 Zusammenhänge bei Einschätzungen des Eingangsfragebogens

Tabelle 110: Ausgewählte Korrelationen des Eingangsfragebogens ( $r_s > 0.5$ ): Gesamt

Eingangsfragebogen	Items des Eingangsfragebogens/Skalen	Korrelation
Mein Partner müsste sein Verhalten ändern	Partner müsste mehr tun	,777(**)
	Partner versteht mich sehr gut	-,636(**)
	Schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	,527(**)
	Ich ärgere mich oft über Verhalten des Partners	,672(**)
	Ich ärgere mich über Äußerungen des Partners	,543(**)
	Übereinstimmung mit Partner in Therapie	-,543(**)
	Beitrag der Partnerschaft bei Krankheitsbewältigung	-,688(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	-,597(**)
	Anteil des Partners bei Krankheitsentstehung	,578(**)
	Glücklich/unglücklich in Beziehung	-,583(**)
Ich schäme mich für Erkrankung	Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	,561(**)
	Ich schäme mich wegen psychiatrischer Erkrankung	,828(**)
Mein Partner sollte mehr tun	Partner müsste sein Verhalten ändern	,777(**)
	Partner versteht mich sehr gut	-,590(**)
	Schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	,548(**)
	Ich ärgere mich oft über Verhalten des Partners	,655(**)
	Ich ärgere mich über Äußerungen des Partners	,534(**)
	Übereinstimmung mit Partner in Therapie	-,540(**)
	Beitrag der Partnerschaft bei Krankheitsbewältigung	-,568(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	-,645(**)
	Anteil des Partners bei Krankheitsentstehung	,577(**)
	Glücklich/unglücklich in Beziehung	-,529(**)
Mein Partner versteht mich sehr gut	Partner müsste sein Verhalten ändern	-,636(**)
	Partner müsste mehr tun	-,590(**)
	Schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	-,582(**)
	Ich ärgere mich oft über Verhalten des Partners	-,570(**)
	Ich ärgere mich über Äußerungen des Partners	-,574(**)
	Übereinstimmung mit Partner in Therapie	,630(**)
	Beitrag der Partnerschaft bei Krankheitsbewältigung	,651(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	,698(**)
	Anteil des Partners bei Krankheitsentstehung	-,658(**)
	Glücklich/unglücklich in Beziehung	,651(**)
Ich habe Menschen mit denen ich darüber rede Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	Momentane Krankheitsbewältigung	,539(**)
	Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu Krankheit	,569(**)
	Ich schäme mich wegen der Erkrankung	,561(**)
	Schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	,636(**)
	Ich schäme mich wegen psychiatrischer Erkrankung	,639(**)
	Momentane Krankheitsbewältigung	-,549(**)

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level / \* Correlation is significant at the 0.05 level



Tabelle 110: Ausgewählte Korrelationen des Eingangsfragebogens -Gesamt: *Fortsetzung*

Eingangsfragebogen	Items des Eingangsfragebogens/Skalen	Korrelation*
Schwierig, meinem Partner zu sagen, wie es mir geht	Partner müsste sein Verhalten ändern	,527(**)
	Partner müsste mehr tun	,548(**)
	Partner versteht mich sehr gut	-,582(**)
	Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	,636(**)
	Ich ärgere mich oft über das Verhalten des Partners	,572(**)
	Ich ärgere mich oft über Äußerungen des Partners	,580(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	-,547(**)
	Anteil des Partners bei Krankheitsentstehung	,533(**)
	Glücklich/unglücklich in Beziehung	-,561(**)
Ich schäme mich wegen einer psychiatrischen Erkrankung	Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	,639(**)
	Momentane Krankheitsbewältigung	-,521(**)
Ich ärgere mich oft über das Verhalten	Partner müsste sein Verhalten ändern	,672(**)
	Partner müsste mehr tun	,655(**)
	Partner versteht mich sehr gut	-,570(**)
	Schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	,572(**)
	Ich ärgere mich oft über Äußerungen des Partners	,818(**)
	Übereinstimmung mit Partner in Therapie	-,521(**)
	Beitrag der Partnerschaft bei Krankheitsbewältigung	-,527(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	-,520(**)
	Anteil des Partners bei Krankheitsentstehung	,607(**)
Übereinstimmung mit Partner bei Therapiemaßnahmen / Bewältigung	Glücklich/unglücklich in Beziehung	-,573(**)
	Partner müsste sein Verhalten ändern	-,543(**)
	Partner müsste mehr tun	-,540(**)
	Partner versteht mich sehr gut	,630(**)
	Ich ärgere mich oft über das Verhalten des Partners	-,521(**)
	Momentane Krankheitsbewältigung	,504(**)
	Beitrag der Partnerschaft bei Krankheitsbewältigung	,623(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	,698(**)
	Anteil des Partners bei Krankheitsentstehung	-,548(**)
	Glücklich/unglücklich in Beziehung	,603(**)
	Ich habe Menschen, mit denen ich darüber rede	,539(**)
	Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	-,549(**)
	Ich schäme mich wegen psychiatrischer Erkrankung	-,521(**)
	Übereinstimmung mit Partner in Therapie	,504(**)
	Beitrag der Partnerschaft bei Krankheitsbewältigung	,508(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	,570(**)
Beitrag der Partnerschaft bei Krankheitsbewältigung	Partner müsste sein Verhalten ändern	-,688(**)
	Partner müsste mehr tun	-,568(**)
	Partner versteht mich sehr gut	,651(**)
	Ich ärgere mich oft über das Verhalten des Partners	-,527(**)
	Übereinstimmung mit Partner in Therapie	,623(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	,671(**)
	Anteil des Partners bei Krankheitsentstehung	-,677(**)
	Glücklich/unglücklich in Beziehung	,693(**)

\*Rangkorrelation nach Spearman

Tabelle 110: Ausgewählte Korrelationen des Eingangsfragebogens Gesamt- *Fortsetzung*

Eingangsfragebogen	Items des Eingangsfragebogens/Skalen	Korrelation*
Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	Partner müsste sein Verhalten ändern	-,597(**)
	Partner müsste mehr tun	-,645(**)
	Partner versteht mich sehr gut	,698(**)
	Schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	-,547(**)
	Ich ärgere mich oft über das Verhalten des Partners	-,520(**)
	Ich ärgere mich oft über Äußerungen des Partners	-,539(**)
	Übereinstimmung mit Partner in Therapie	,698(**)
	Beitrag der Partnerschaft bei Krankheitsbewältigung	,671(**)
	Momentane Krankheitsbewältigung	,570(**)
	Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu Krankheit	,503(**)
	Anteil des Partners bei Krankheitsentstehung	-,543(**)
	Glücklich/unglücklich in Beziehung	,655(**)
Wichtigkeit der Einstellung des Partners	Ich habe Menschen, mit denen ich darüber rede	,569(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	,503(**)
Anteil des Partners bei Krankheitsentstehung	Partner müsste sein Verhalten ändern	,578(**)
	Partner müsste mehr tun	,577(**)
	Partner versteht mich sehr gut	-,658(**)
	Schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	,533(**)
	Ich ärgere mich oft über das Verhalten des Partners	,607(**)
	Ich ärgere mich oft über Äußerungen des Partners	,512(**)
	Übereinstimmung mit Partner in Therapie	-,548(**)
	Beitrag der Partnerschaft bei Krankheitsbewältigung	-,677(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	-,543(**)
	Glücklich/unglücklich in Beziehung	-,747(**)
Glücklich/unglücklich in der Beziehung	Partner müsste sein Verhalten ändern	-,583(**)
	Partner müsste mehr tun	-,529(**)
	Partner versteht mich sehr gut	,651(**)
	Schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	-,561(**)
	Ich ärgere mich oft über das Verhalten des Partners	-,573(**)
	Ich ärgere mich oft über Äußerungen des Partners	-,521(**)
	Übereinstimmung mit Partner in Therapie	,603(**)
	Beitrag der Partnerschaft bei Krankheitsbewältigung	,693(**)
	Bemühungen des Partners bei Krankheitsbewältigung	,655(**)
	Anteil des Partners bei Krankheitsentstehung	-,747(**)

\*Rangkorrelation nach Spearman



## V.6 Welche Aussagen können zur Veränderung der Beziehungsqualität durch die Erkrankung getroffen werden?

### V.6.1 Ausmaß an momentaner partnerschaftlicher Zufriedenheit

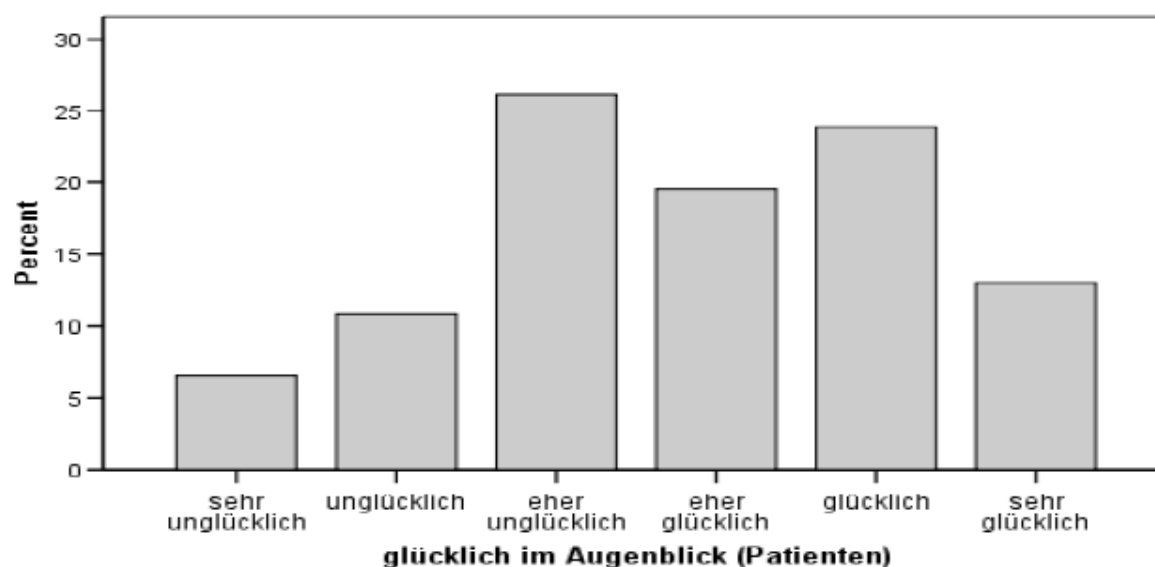


Abbildung 25: Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit (Patienten: n=46)

Tabelle 111: Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit (Patienten)

	glücklich im Augenblick (Patienten: N=46)					
	sehr unglücklich	un-glücklich	eher un-glücklich	eher glücklich	glücklich	sehr glücklich
<b>Männer (N=12)</b>						
Anzahl	2	0	1	2	4	3
% Geschlecht	16,7%	,0%	8,3%	16,7%	33,3%	25,0%
% Gesamt	4,3%	,0%	2,2%	4,3%	8,7%	6,5%
<b>Frauen (N=34)</b>						
Anzahl	1	5	11	7	7	3
% Geschlecht	2,9%	14,7%	32,4%	20,6%	20,6%	8,8%
% Gesamt	2,2%	10,9%	23,9%	15,2%	15,2%	6,5%
<b>Gesamt</b>						
Anzahl	3	5	12	9	11	6
% Gesamt	6,5%	10,9%	26,1%	19,6%	23,9%	13,0%

Chi<sup>2</sup>: p= ,120

Bei dem Vergleich der *momentanen* Beurteilung der Beziehung mit der Beziehungsqualität *vor der Erkrankung* handelt es sich um eine direkte Veränderungsmessung, da zu Beginn des Zeitraumes, in dem möglicherweise eine Veränderung stattgefunden hat, keine Selbstbeurteilung erhoben wurde. Der Vorteil der Methode besteht darin, „...daß der Patient sich direkt über sein subjektives Erleben der Veränderung äußert, während beim indirekten Vergleich (Anm.: zu zwei Messzeitpunkten) die Veränderung selbst gar nicht Gegenstand der Befragung ist...Andererseits muß der Patient...in der Lage sein, sich daran zu erinnern, wie

es ihm vor dem jeweiligen Zeitraum ging, und diesen Zustand vergleichend einschätzen...“ (Möller, 1990).

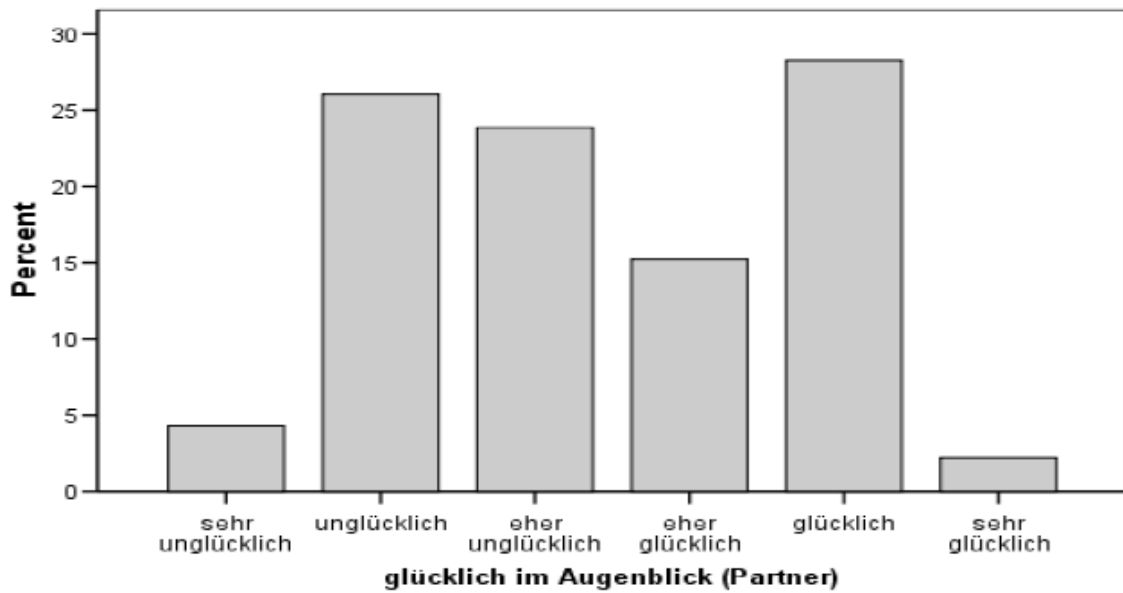


Abbildung 26: Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit (Partner: N=46)

Tabelle 112: Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit (Partner)

	glücklich im Augenblick (Partner: N=46)					
	sehr un- glücklich	un- glücklich	eher un- glücklich	eher glücklich	glücklich	sehr glücklich
<b>Männer (N=34)</b>						
Anzahl	1	9	10	6	7	1
%Geschlecht	2,9%	26,5%	29,4%	17,6%	20,6%	2,9%
% Gesamt	2,2%	19,6%	21,7%	13,0%	15,2%	2,2%
<b>Frauen (N=12)</b>						
Anzahl	1	3	1	1	6	0
%Geschlecht	8,3%	25,0%	8,3%	8,3%	50,0%	,0%
% Gesamt	2,2%	6,5%	2,2%	2,2%	13,0%	,0%
<b>Gesamt</b>						
% Gesamt	4,3%	12 26,1%	11 23,9%	7 15,2%	13 28,3%	1 2,2%

Chi<sup>2</sup>= ,324

Tabelle 113: Korrelationen der Bewältigungsskalen mit Partnerschaftszufriedenheit

Einschätzung: „glücklich im Augenblick“ (Spearman-Korrelation)			
	Gesamt (n=92)	Patienten (n=46)	Partner (n=46)
Skala 1: Streitverhalten	-,749(**)	-,672(**)	-,719(**)
Skala 2: Zärtlichkeit	,762(**)	,694(**)	,780(**)
Skala 3: Gemeinsamkeit/Kommunikation	,654(**)	,695(**)	,642(**)
Gesamtwert: (30-skala1)+Skala2+Skala3	,842(**)	,746(**)	,852(**)
Glücklich vor der Erkrankung*	,627(**)	,691(**)	,560(**)

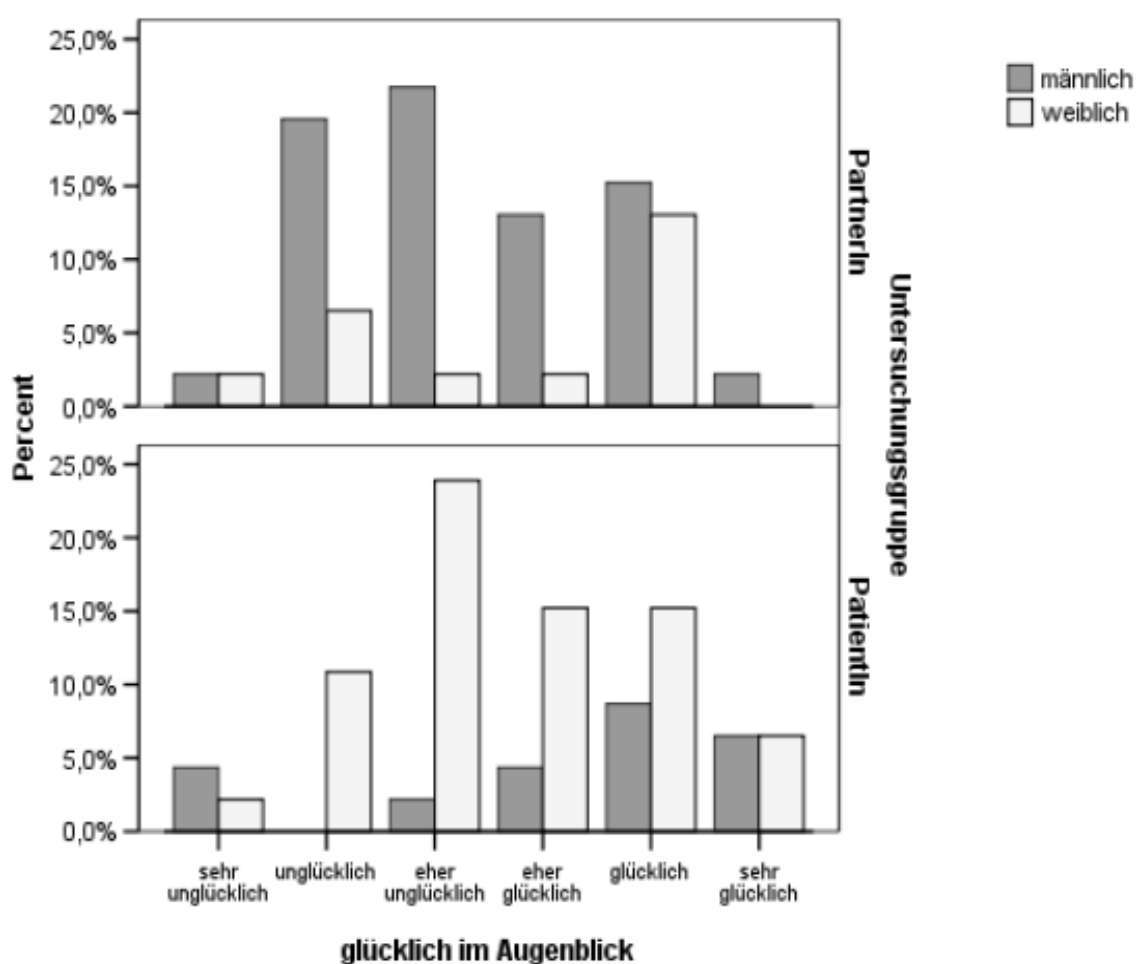


Abbildung 27: Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit (Geschlecht)

Tabelle 114: Einschätzung des Partnerschaftsfragebogens (Gesamt): U-Test

Gesamtstichprobe (n=92)	Status	Mittlere Rang-summe	Sign. (2seitig)
er/sie wirft mir Fehler aus der Vergangenheit vor	PatientIn PartnerIn	44,34 48,66	,412
er/sie bricht über eine Kleinigkeit einen Streit vom Zaun	PatientIn PartnerIn	41,59 51,41	,061
er/sie teilt mir seine/ihre Gedanken und Gefühle offen mit	PatientIn PartnerIn	45,47 47,53	,698
wenn wir uns streiten, beschimpft er/sie mich	PatientIn PartnerIn	39,41 53,59	,006
er/sie kritisiert mich in einer sarkastischen Art und Weise	PatientIn PartnerIn	43,23 49,77	,219
er/sie äußert sich abfällig über eine von mir geäußerte Meinung	PatientIn PartnerIn	45,21 47,79	,625
wenn wir uns streiten, können wir nie ein Ende finden	PatientIn PartnerIn	43,48 49,52	,258
er/sie gibt mir die Schuld, wenn etwas schief gegangen ist	PatientIn PartnerIn	41,33 51,67	,048
er/sie spricht mit mir über seine/ihre sexuellen Wünsche	PatientIn PartnerIn	52,96 40,04	,012
Skala 1: Streitverhalten PFB	PatientIn PartnerIn	41,98 51,02	,104
Skala 2: Zärtlichkeit PFB	PatientIn PartnerIn	49,14 43,86	,342
Skala 3: Gemeinsamkeit/Kommunikation PFB	PatientIn PartnerIn	46,91 46,09	,882

### V.6.2 Ausmaß an partnerschaftlicher Zufriedenheit vor der Erkrankung

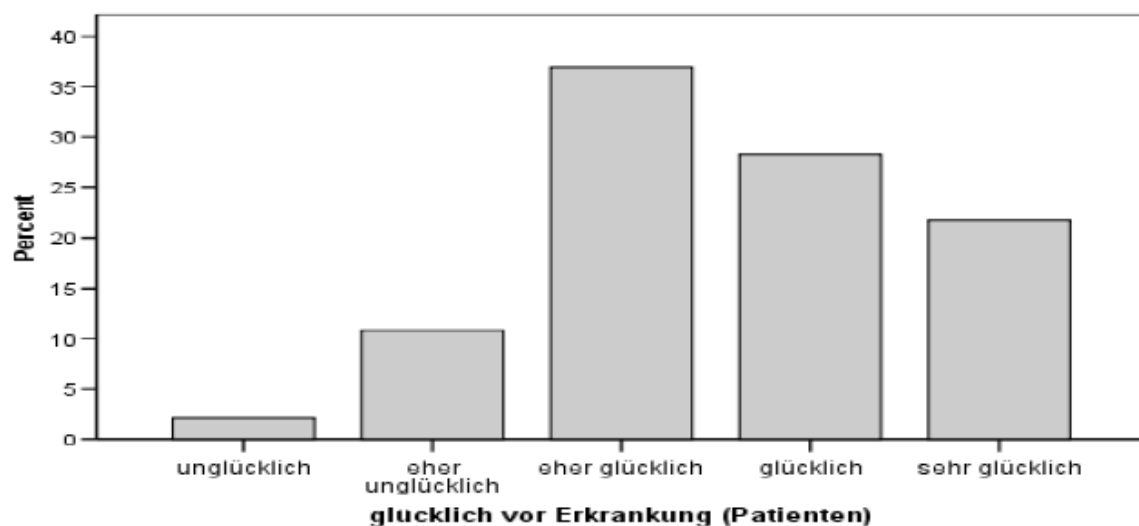


Abbildung 28: Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Patienten)

Tabelle 115: Einschätzung Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Patienten)

	glücklich vor der Erkrankung (Patienten: N=46)					
Männer (N=12)	sehr unglücklich	unglücklich	eher unglücklich	eher glücklich	glücklich	sehr glücklich
Anzahl	-	0	0	4	5	3
%Geschlecht	-	,0%	,0%	33,3%	41,7%	25,0%
% Gesamt	-	,0%	,0%	8,7%	10,9%	6,5%
Frauen (N=34)	sehr unglücklich	unglücklich	eher unglücklich	eher glücklich	glücklich	sehr glücklich
Anzahl	-	1	5	13	8	7
%Geschlecht	-	2,9%	14,7%	38,2%	23,5%	20,6%
% Gesamt	-	2,2%	10,9%	28,3%	17,4%	15,2%
Gesamt						
% Gesamt	-	1	5	17	13	10
	-	2,2%	10,9%	37,0%	28,3%	21,7%

Chi<sup>2</sup>= ,511

Tabelle 116: Einschätzung Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Partner)

	glücklich vor der Erkrankung (Partner: N=46)					
Männer (N=34)	sehr unglücklich	unglücklich	eher unglücklich	eher glücklich	glücklich	sehr glücklich
Anzahl	-	2	2	18	7	5
%Geschlecht	-	5,9%	5,9%	52,9%	20,6%	14,7%
% Gesamt	-	4,3%	4,3%	39,1%	15,2%	10,9%
Frauen (N=12)	sehr unglücklich	unglücklich	eher unglücklich	eher glücklich	glücklich	sehr glücklich
Anzahl	-	0	1	5	6	0
%Geschlecht	-	,0%	8,3%	41,7%	50,0%	,0%
% Gesamt	-	,0%	2,2%	10,9%	13,0%	,0%
Gesamt						
% Gesamt	-	2	3	23	13	5
	-	4,3%	6,5%	50,0%	28,3%	10,9%

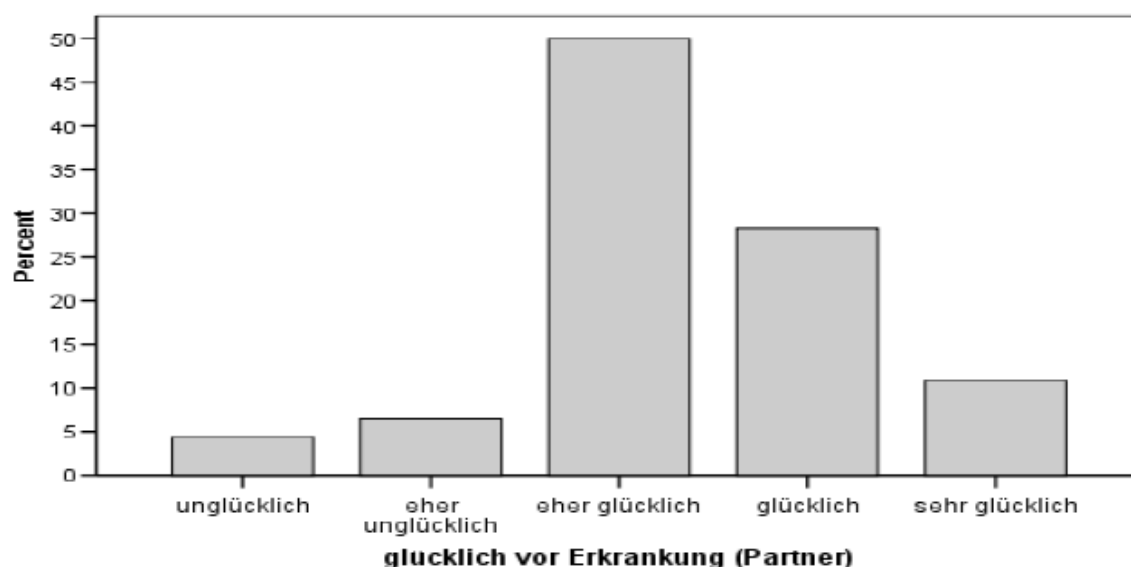
Chi<sup>2</sup>= ,240

Abbildung 29: Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Partner)

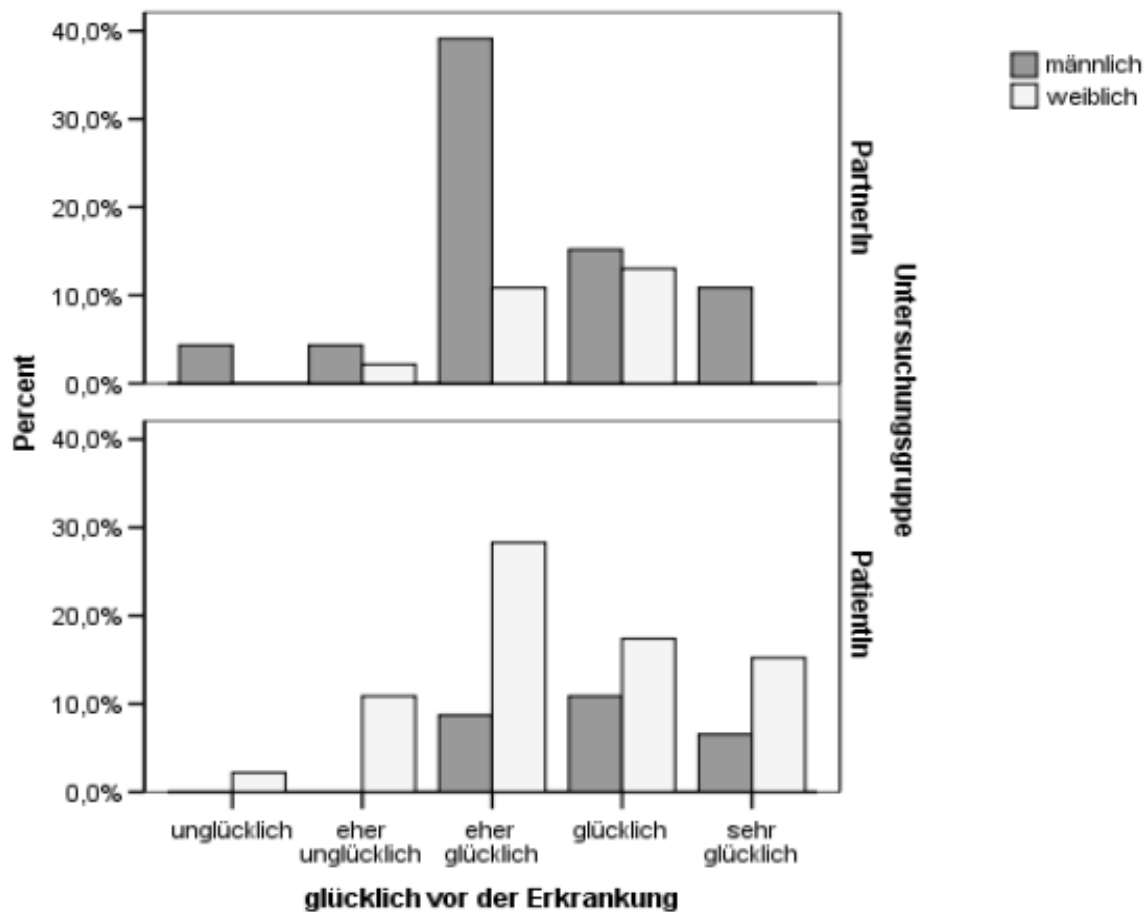


Abbildung 30: Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Geschlecht)

### V.6.3 Partnerschaftliche Veränderungen bei Patienten und Partnern

Tabelle 117: Einschätzung Partnerschaftszufriedenheit vor der Erkrankung (Gesamt)

Einschätzung: „glücklich vor der Erkrankung“ (Gesamtstichprobe n=92)			
	Häufigkeit	Prozent	Kumulative %
sehr unglücklich	-	-	-
unglücklich	3	3,3	3,3
eher unglücklich	8	8,7	12,0
eher glücklich	40	43,5	55,4
glücklich	26	28,3	83,7
sehr glücklich	15	16,3	100,0

Mittelwert: 3,46 (SD=0,977)

Tabelle 118: Einschätzung Partnerschaftszufriedenheit im Augenblick (Gesamt)

<b>Einschätzung: „glücklich im Augenblick“ (Gesamtstichprobe n=92)</b>			
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative %</b>
sehr unglücklich	7	5,4	5,4
unglücklich	17	18,5	23,9
eher unglücklich	23	25,0	48,9
eher glücklich	16	17,4	66,3
glücklich	24	26,1	92,4
sehr glücklich	7	7,6	100,0

Mittelwert: 2,63 ( $SD=1,388$ )

Tabelle 119: Unterschiede über die Zeit: Wilcoxon-Test für zwei verbundene Stichproben

<b>Gesamtstichprobe (n=92)</b>		<b>N</b>	<b>Mittlere Rangsumme</b>	<b>Signifikanz (2seitig)</b>
glücklich vor Erkrankung	Negative Ranks	9(a)	24,28 (3,46)	Z = -5,776 (a)  p = ,000
glücklich im Augenblick	Positive Ranks	56(b)	34,40 (2,63)	
	Ties	27(c)		
<b>Patienten (n=46)</b>				
glücklich vor Erkrankung	Negative Ranks	4(a)	12,50 (3,57)	Z = -4,115 (a)  p = ,000
glücklich im Augenblick	Positive Ranks	27(b)	16,52 (2,83)	
	Ties	15(c)		
<b>Partner (n=46)</b>				
glücklich vor Erkrankung	Negative Ranks	5(a)	12,10 (3,35)	Z = -4,150 (a)  p = ,000
glücklich im Augenblick	Positive Ranks	29(b)	18,43 (2,43)	
	Ties	12(c)		

a glücklich vor Erkrankung < glücklich im Augenblick

b glücklich vor Erkrankung > glücklich im Augenblick

c glücklich vor Erkrankung = glücklich im Augenblick

a Based on negative ranks.

Tabelle 120: Einschätzung der Beziehungsveränderung

		Wie hat sich die Beziehung seit der Erkrankung verändert?				
		gleich geblieben	verschlechtert	verbessert	verschlechtert und verbessert	Gesamt
<b>Patienten</b>	Count	0	3	5	4	12
männlich	%sex	,0%	25,0%	41,7%	33,3%	100,0%
	%ges.	,0%	6,5%	10,9%	8,7%	26,1%
weiblich	Count	6	12	5	11	34
	%sex	17,6%	35,3%	14,7%	32,4%	100,0%
	%ges.	13,0%	26,1%	10,9%	23,9%	73,9%
Gesamt	Count	6	15	10	15	46
	%ges.	13,0%	32,6%	21,7%	32,6%	100,0%
<b>Partner</b>	Count	3	15	5	11	34
männlich	%sex	8,8%	44,1%	14,7%	32,4%	100,0%
	%ges.	6,5%	32,6%	10,9%	23,9%	73,9%
weiblich	Count	3	4	0	5	12
	%sex	25,0%	33,3%	,0%	41,7%	100,0%
	%ges.	6,5%	8,7%	,0%	10,9%	26,1%
Gesamt	Count	6	19	5	16	46
	%ges.	13,0%	41,3%	10,9%	34,8%	100,0%
<b>Gesamt</b>	%ges.	13,0%	36,9%	16,3%	33,7%	100,0%

Patienten:  $\chi^2 = ,146$  (2seitig); Partner:  $\chi^2 = ,260$  (2seitig)

Tabelle 121: Differenzen der Partnerschaftsqualität vor und nach dem Krankheitseintritt

	Patientin (n=46)			Partnerin (n=46)			Gesamt (n=92)	
	N	% Pat.	% Ges.	N	% Partn.	% Ges.	N	% Ges.
keine Veränderung (bleiben im unglücklichen Bereich)	1	2,2%	1,1%	2	4,3%	2,2%	3	3,3%
keine Veränderung (bleiben im glücklichen Bereich)	16	34,8%	17,4%	11	23,9%	12,0%	27	29,3%
Verbesserung NACH der Erkrankung (im glücklichen Bereich)	2	4,3%	2,2%	3	6,5%	3,3%	5	5,4%
Wechsel NACH der Erkrankung (von glücklich zu unglücklich)	16	34,8%	17,4%	21	45,7%	22,8%	37	40,2%
Wechsel NACH der Erkrankung (von unglücklich zu glücklich)	2	4,3%	2,2%	1	2,2%	1,1%	3	3,3%
Verschlechterung NACH der Erkrankung (im unglücklichen Bereich)	3	6,5%	3,3%	2	4,3%	2,2%	5	5,4%
Verschlechterung NACH der Erkrankung (im glücklichen Bereich)	6	13,0%	6,5%	6	13,0%	6,5%	12	13,0%



Tabelle 122: Übereinstimmung der Partner in der Beurteilung der Partnerschaftsqualität

Übereinstimmung ...	Patienten / Partner		
	N	%Patient/ Partner	% Ges.
Übereinstimmung im glücklichen Bereich	15	32,6%	16,3%
Übereinstimmung im unglücklichen Bereich	4	8,7%	4,3%
Übereinstimmung im Wechsel nach Erkrankung (von glücklich zu unglücklich)	13	28,3%	14,1%
Übereinstimmung im Wechsel nach Erkrankung (von unglücklich zu glücklich)	1	2,2%	1,1%
PatientIn ist glücklicher als PartnerIn	7	15,2%	7,6%
PatientIn ist unglücklicher als PartnerIn	2	4,3%	2,2%
Übereinstimmung in Verschlechterung (im glücklichen Bereich)	3	6,5%	3,3%
Übereinstimmung in Verschlechterung (im unglücklichen Bereich)	1	2,2%	1,1%

Tabelle 123: Was hat sich innerhalb der Beziehung durch die Erkrankung verbessert?

	Patient (n=46)	Partner (n=46)	$\Sigma$
Umgang mit der Erkrankung	0	1	1
Verständnis und Harmonie	5	0	5
gemeinsame Unternehmungen	1	0	1
kann mich um Partnerin kümmern	0	3	3
Partner kümmert sich mehr um mich	2	0	2
ich unterstütze sie mehr/werde mehr unterstützt	2	2	4
kann ihr noch mehr vertrauen	2	0	2
meine Wünsche werden mehr respektiert	1	0	1
kann ihr auch mal helfen	0	1	1
Mann kümmert sich jetzt mehr um den Sohn	2	0	2
Partner nimmt mich bewusster wahr, tiefere Beziehung	1	0	1
Zuwendung	1	0	1
füreinander einstehen und gemeinsam Krankheit bewältigen	0	2	2
behüteterer Umgang mit dem Partner	0	1	1
Beziehung ist tiefer geworden	1	0	1
Zusammenhalt	4	6	10
besseres Verständnis durch eigene Erkrankung	1	0	1
lernen uns besser kennen	0	1	0
mehr Nähe	1	1	2
kein Alkohol mehr und Miteinander besser geworden	0	1	1
mehr reden und mehr Rücksicht aufeinander	0	1	1
mehr Ruhepausen und Harmonie	0	3	3
trifft nicht zu	22	23	45

**Tabelle 124: Was hat sich innerhalb der Beziehung durch die Erkrankung verschlechtert?**

	Patient	Partner	$\Sigma$
Sexualität / Libidoverlust	9	11	20
alles (Beziehung, Sexualität, Streitverhalten)	7	11	18
Rolle als Familienvater	1	0	1
Kommunikation und Nähegefühl	3	0	3
Belastbarkeit (geringer)	0	3	3
Kontakt zu Freunden	0	1	1
Austausch von Zärtlichkeiten	0	1	1
Antrieb und Ärger	1	0	1
erhalte weniger Aufmerksamkeit, brauche mehr Kraft für die Beziehung	0	2	2
habe Partnerin mit „runter gezogen“ (ist auch angeschlagen)	2	0	2
Sexualität und Verständnis	3	2	5
soziale Kontakte	0	1	1
Missverständnisse	0	1	1
jeder lebt sein Leben, keine Gemeinsamkeiten mehr	0	1	1
Sexualität und Kommunikation	1	1	2
man muss extrem viel Rücksicht nehmen und vorsichtig sein mit Kritik	0	1	1
durch Kinder hat sich Focus unserer Beziehung verschoben	1	0	1
Kommunikation	2	2	4
finanzielle Abhängigkeit	1	0	1
habe mich zurückgezogen	1	0	1
psychischer Zustand der Frau	1	0	1
trifft nicht zu	13	8	21

#### V.6.4 Beitrag der Partnerschaft bei der aktuellen Krankheitsbewältigung und Ärger

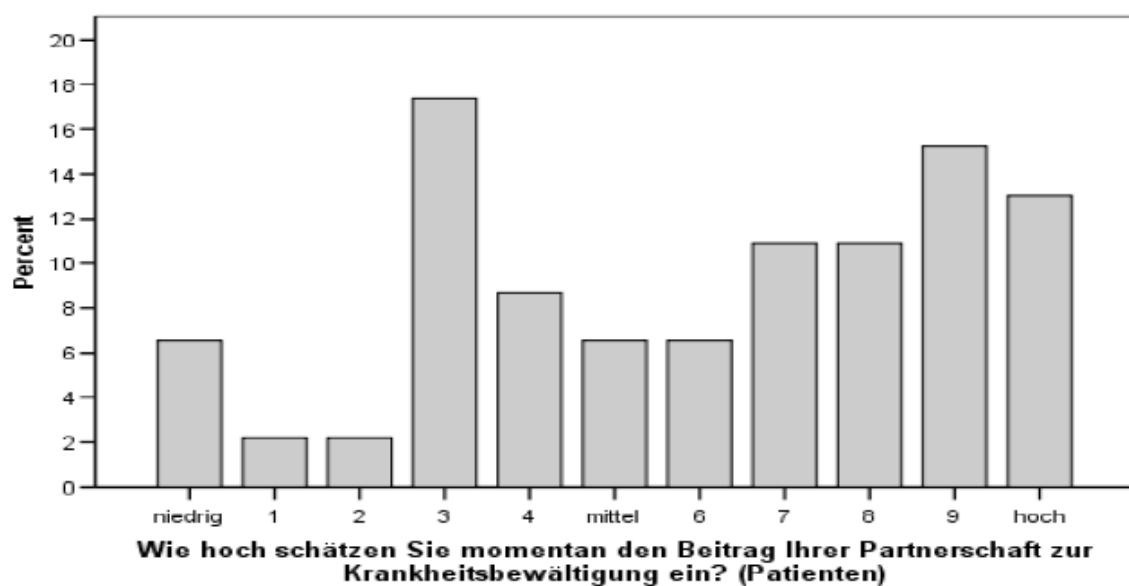
**Abbildung 31: Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (Patienten)**



Abbildung 32: Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (Partner)

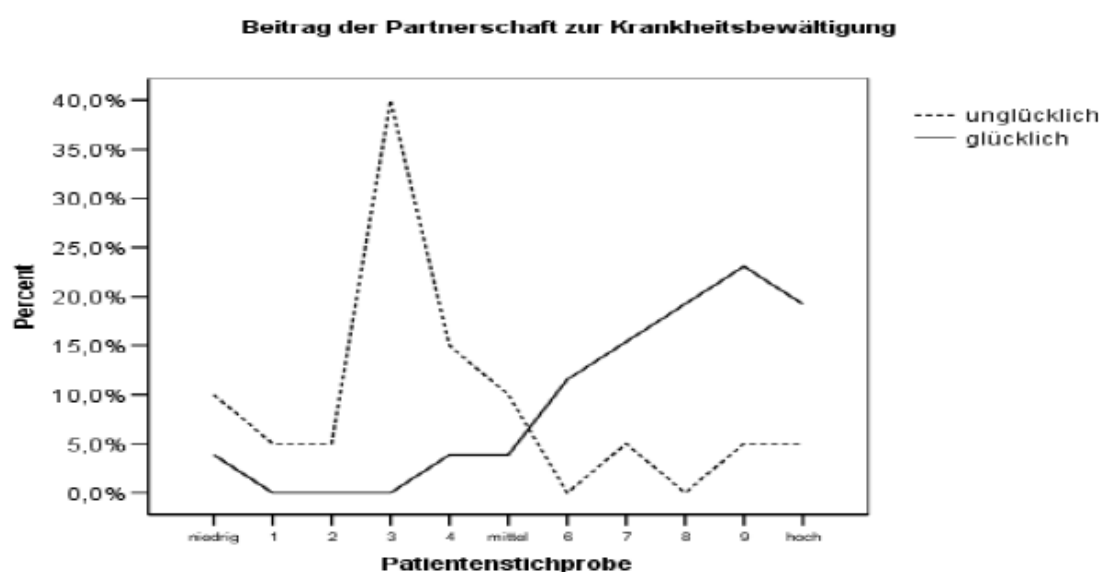


Abbildung 33: Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (Patienten: glücklich)



Abbildung 34: Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (Partner: glücklich)

Tabelle 125: Beitrags der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung (Kreuztabellen)

	PatientIn (n=46)			PartnerIn (n=46)			Gesamt (n=92)	
	N	% Pat.	% Ges.	N	% Partn.	% Ges.	N	% Ges.
niedrig	3	6,5%	3,3%	0	,0%	,0%	3	3,3%
1	1	2,2%	1,1%	2	4,3%	2,2%	3	3,3%
2	1	2,2%	1,1%	4	8,7%	4,3%	5	5,4%
3	8	17,4%	8,7%	7	15,2%	7,6%	15	16,3%
4	4	8,7%	4,3%	3	6,5%	3,3%	7	7,6%
mittel	3	6,5%	3,3%	10	21,7%	10,9%	13	14,1%
6	3	6,5%	3,3%	5	10,9%	5,4%	8	8,7%
7	5	10,9%	5,4%	4	8,7%	4,3%	9	9,8%
8	5	10,9%	5,4%	4	8,7%	4,3%	9	9,8%
9	7	15,2%	7,6%	5	10,9%	5,4%	12	13,0%
hoch	6	13,0%	6,5%	2	4,3%	2,2%	8	8,7%

Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ( $\chi^2$ :  $p = ,271$ )

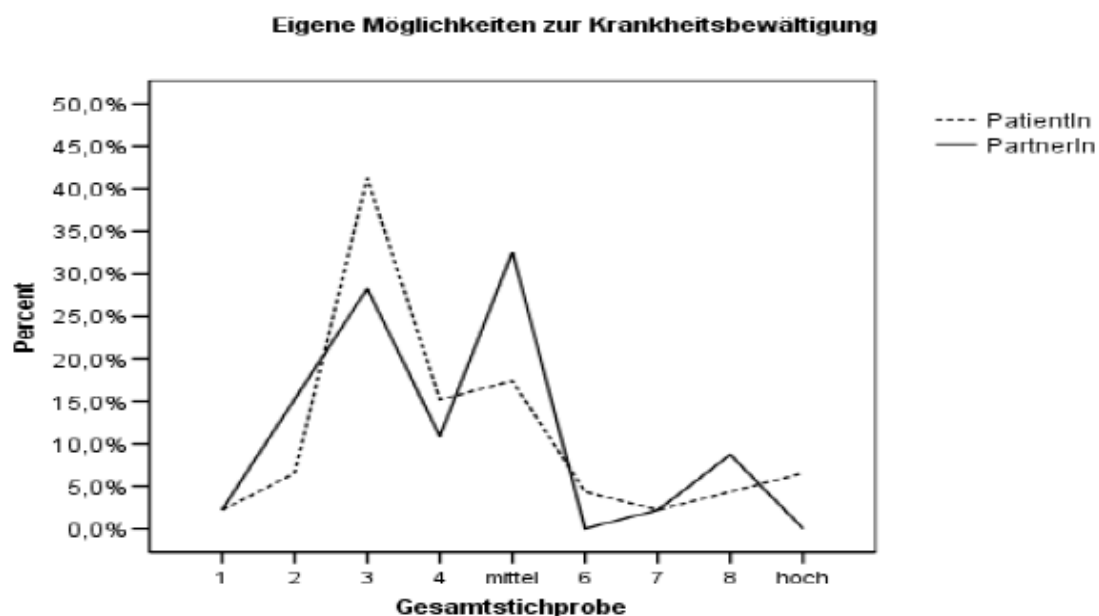


Abbildung 35: Eigene Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung (Gesamt)

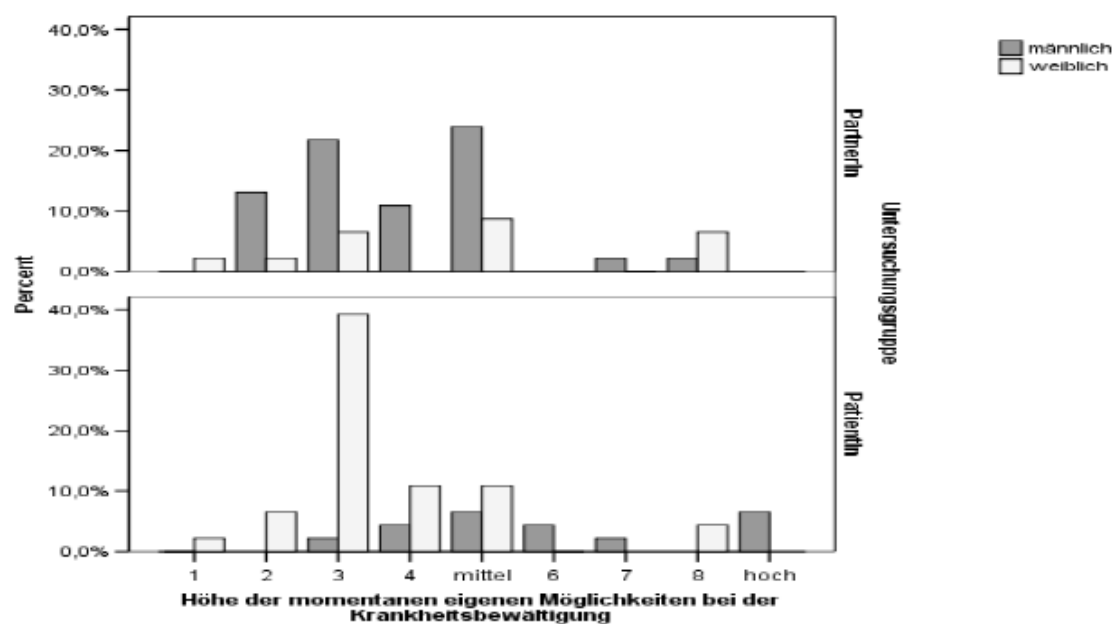


Abbildung 36: Eigene Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung (Geschlecht)



Abbildung 37: Empfundener Ärger aufgrund der Erkrankung (Gesamt)

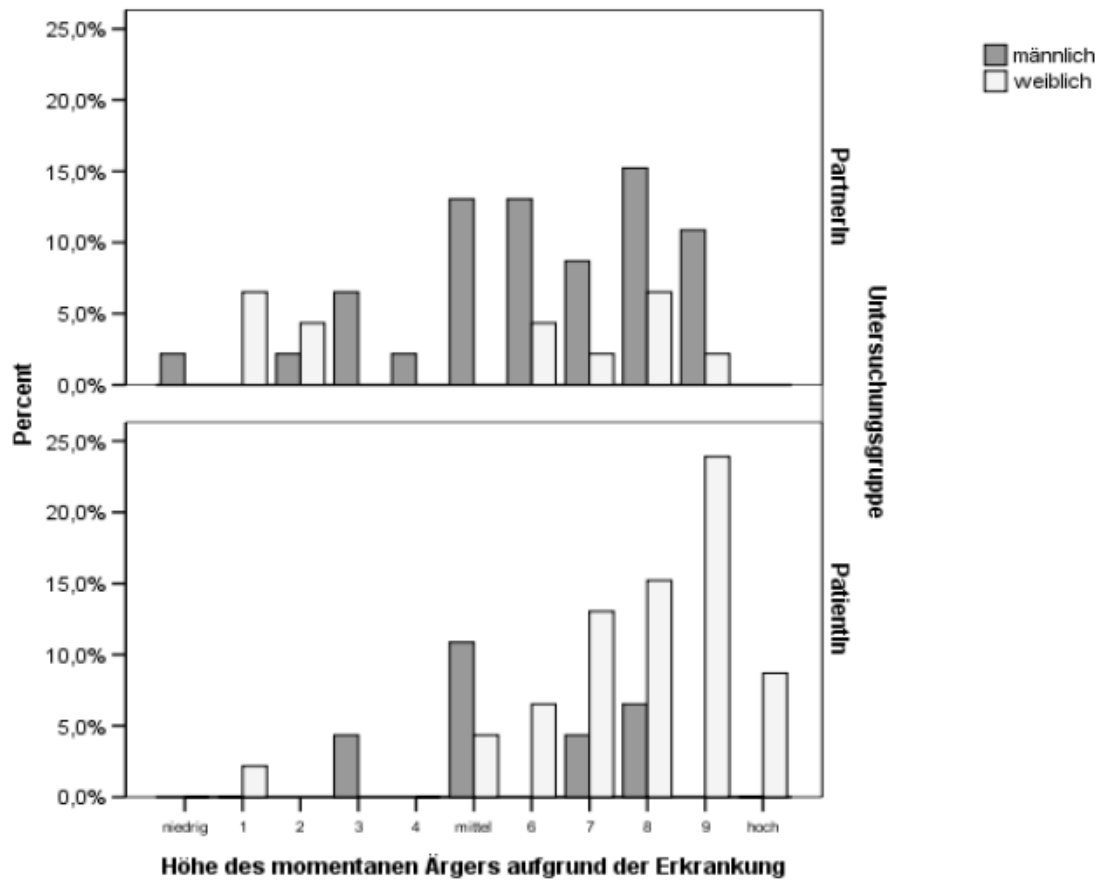


Abbildung 38: Empfundener Ärger aufgrund der Erkrankung (Geschlecht)

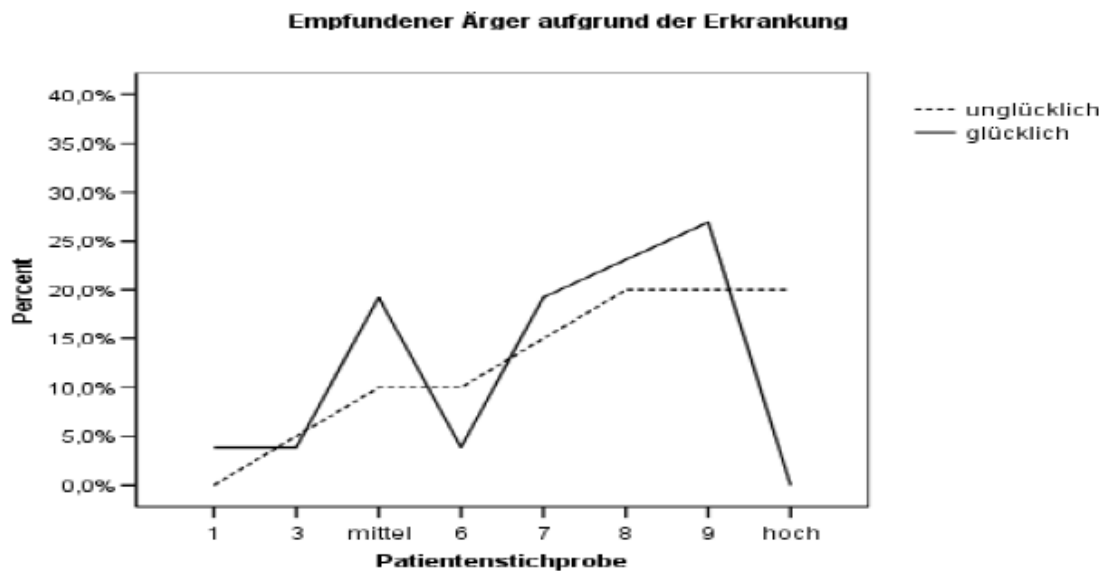


Abbildung 39: Empfundener Ärger aufgrund der Erkrankung (Patienten: glücklich)

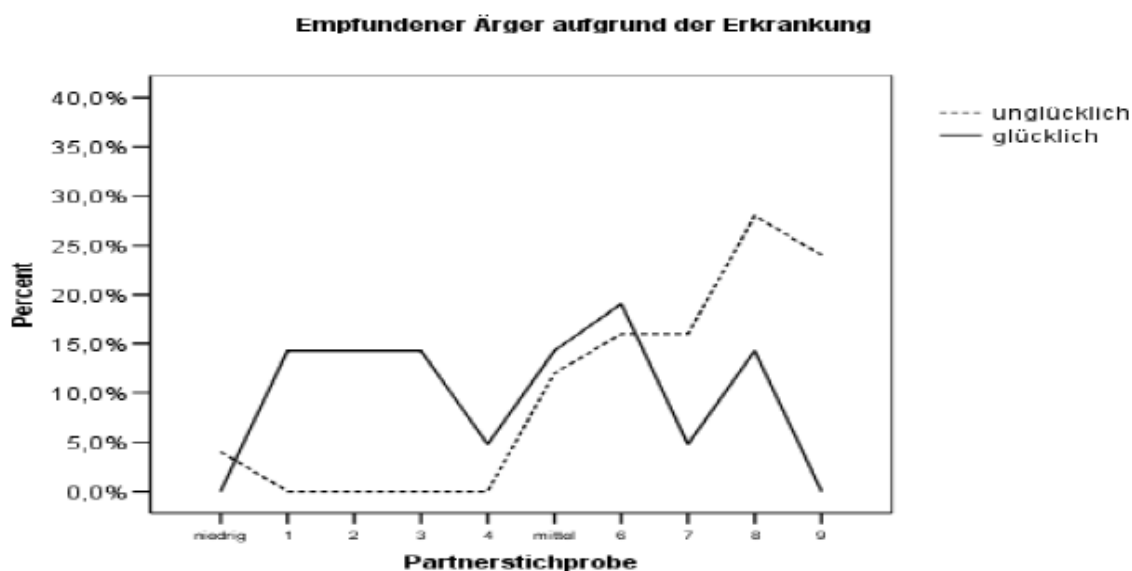


Abbildung 40: Empfundener Ärger aufgrund der Erkrankung (Partner: glücklich)

Tabelle 126: Einschätzung des momentan empfundenen Ärgers aufgrund der Erkrankung

Skala	PatientIn			PartnerIn			Gesamt	
	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%Gruppe	%Gesamt	N	%
0 (niedrig)	0	,0%	,0%	1	2,2%	1,1%	1	1,1%
1	1	2,2%	1,1%	3	6,5%	3,3%	4	4,3%
2	0	,0%	,0%	3	6,5%	3,3%	3	3,3%
3	2	4,3%	2,2%	3	6,5%	3,3%	5	5,4%
4	0	,0%	,0%	1	2,2%	1,1%	1	1,1%
5 (mittel)	7	15,2%	7,6%	6	13,0%	6,5%	13	14,1%
6	3	6,5%	3,3%	8	17,4%	8,7%	11	12,0%
7	8	17,4%	8,7%	5	10,9%	5,4%	13	14,1%
8	10	21,7%	10,9%	10	21,7%	10,9%	20	21,7%
9	11	23,9%	12,0%	6	13,0%	6,5%	17	18,5%
10 (hoch)	4	8,7%	4,3%	0	,0%	,0%	4	4,3%

Median: PatientIn: 8,00; PartnerIn: 6,00 / Asymp. Signifikanz (zweiseitig):  $p = ,006$  (U-Test)

Tabelle 127: Unterschiede in der Bewertung der Skalen (Gesamt): ANOVA

Gesamtstichprobe (n=92)		N	Mean	Std. Deviation	Signifikanz
Übereinstimmung mit Partner bei Therapiemaßnahmen	PatientIn	46	5,72	2,562	,498
	PartnerIn	46	5,39	2,005	
	Total	92	5,55	2,294	
Momentane Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	PatientIn	46	4,28	2,115	,630
	PartnerIn	46	4,09	1,749	
	Total	92	4,18	1,933	
Beitrag der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	PatientIn	46	5,96	3,069	,335
	PartnerIn	46	5,39	2,490	
	Total	92	5,67	2,794	
Momentane Bemühung des Partners bei der Krankheitsbewältigung	PatientIn	46	6,41	2,978	,218
	PartnerIn	46	5,67	2,725	
	Total	92	6,04	2,863	
Höhe des Ärgers aufgrund der Erkrankung	PatientIn	46	7,28	2,029	,004
	PartnerIn	46	5,85	2,556	
	Total	92	6,57	2,406	
Wichtigkeit der Einstellung des Partners zur Erkrankung	PatientIn	46	7,50	2,563	,061
	PartnerIn	46	8,35	1,609	
	Total	92	7,92	2,170	
Einschätzung des Anteils des Partners bei Krankheitsentstehung	PatientIn	46	4,04	3,040	,075
	PartnerIn	46	5,13	2,746	
	Total	92	4,59	2,932	
Einschätzung des eigenen Anteils bei der Krankheitsentstehung	PatientIn	46	4,89	2,273	,000
	PartnerIn	46	3,00	1,909	
	Total	92	3,95	2,294	

Tabelle 128: Geschlechtunterschiede in der Skalenbewertung (Patienten): ANOVA

Patienten (n=46)		N	Mean	Std. Deviation	Signifikanz
Übereinstimmung mit Partner bei Therapiemaßnahmen	männlich	12	5,92	2,843	,758
	weiblich	34	5,65	2,497	
	Total	46	5,72	2,562	
Momentane Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	männlich	12	6,25	2,491	,000
	weiblich	34	3,59	1,459	
	Total	46	4,28	2,115	
Beitrag der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	männlich	12	6,67	3,750	,357
	weiblich	34	5,71	2,813	
	Total	46	5,96	3,069	
Momentane Bemühung des Partners bei der Krankheitsbewältigung	männlich	12	8,17	2,949	,016
	weiblich	34	5,79	2,772	
	Total	46	6,41	2,978	
Höhe des Ärgers aufgrund der Erkrankung	männlich	12	5,75	1,815	,002
	weiblich	34	7,82	1,834	
	Total	46	7,28	2,029	
Wichtigkeit der Einstellung des Partners zur Erkrankung	männlich	12	7,75	3,251	,699
	weiblich	34	7,41	2,324	
	Total	46	7,50	2,563	



Tabelle 128: Geschlechtsunterschiede in der Skalenbewertung (Patienten): *Fortsetzung*

Patienten (n=46)		N	Mean	Std. Deviation	Signifikanz
Einschätzung des	männlich	12	3,67	3,200	
Anteils des Partners bei	weiblich	34	4,18	3,020	
Krankheitsentstehung	Total	46	4,04	3,040	
					,623
Einschätzung des	männlich	12	5,67	2,964	
eigenen Anteils bei der	weiblich	34	4,62	1,954	
Krankheitsentstehung	Total	46	4,89	2,273	
					,172

Tabelle 129: Geschlechtsunterschiede in der Skalenbewertung (Partner): ANOVA

Partner		N	Mean	Std. Deviation	Signifikanz
Übereinstimmung	männlich	34	5,29	1,947	
mit Partner bei	weiblich	12	5,67	2,229	
Therapiemaßnahmen	Total	46	5,39	2,005	
					,586
Momentane Möglich-	männlich	34	3,88	1,452	
keiten zur Krankheits-	weiblich	12	4,67	2,387	
bewältigung	Total	46	4,09	1,749	
					,185
Beitrag der Partner-	männlich	34	5,24	2,425	
schaft bei der Krank-	weiblich	12	5,83	2,725	
heitsbewältigung	Total	46	5,39	2,490	
					,481
Momentane Bemühung	männlich	34	5,15	2,607	
des Partners bei der	weiblich	12	7,17	2,588	
Krankheitsbewältigung	Total	46	5,67	2,725	
					,026
Höhe des Ärgers	männlich	34	6,18	2,236	
aufgrund der Erkrankung	weiblich	12	4,92	3,232	
	Total	46	5,85	2,556	
					,144
Wichtigkeit der Einstel-	männlich	34	8,06	1,536	
lung des Partners zur	weiblich	12	9,17	1,586	
Erkrankung	Total	46	8,35	1,609	
					,039
Einschätzung des	männlich	34	5,18	2,668	
Anteils des Partners bei	weiblich	12	5,00	3,075	
Krankheitsentstehung	Total	46	5,13	2,746	
					,851
Einschätzung des	männlich	34	3,21	1,903	
eigenen Anteils bei der	weiblich	12	2,42	1,881	
Krankheitsentstehung	Total	46	3,00	1,909	
					,222

### V.6.5 Skaleneinschätzung und Beziehungsqualität

Die Überprüfung der Voraussetzungen für eine Varianzanalyse sind bei den dichotomisierten Stichproben (glücklich/unglücklich) und dem Intervallskalenniveau der Einschätzungsskalen gegeben: Normalverteilung und die Gleichheit der Varianzen (Levine-Test) liegen vor. Daher werden die Unterschiede mit der Einfaktoriellen Varianzanalyse ANOVA geprüft (*Analysieren* → *Mittelwerte* → *Einfaktorielle ANOVA*).

**Tabelle 130: Skaleneinschätzung nach Beziehungsqualität (Gesamt): ANOVA**

		N	Mean	Std. Deviation	Signifikanz
Übereinstimmung mit Partner bei Therapiemaßnahmen	unglücklich	45	4,16	2,056	,000
	glücklich	47	6,89	1,618	
	Total	92	5,55	2,294	
Momentane Möglich- keiten zur Krankheits- bewältigung	unglücklich	45	3,40	1,286	,000
	glücklich	47	4,94	2,151	
	Total	92	4,18	1,933	
Beitrag der Partner- schaft bei der Krank- heitsbewältigung	unglücklich	45	3,76	2,112	,000
	glücklich	47	7,51	2,031	
	Total	92	5,67	2,794	
Momentane Bemühung des Partners bei der Krankheitsbewältigung	unglücklich	45	4,04	2,266	,000
	glücklich	47	7,96	1,911	
	Total	92	6,04	2,863	
Höhe des Ärgers aufgrund der Erkrankung	unglücklich	45	7,36	1,979	,002
	glücklich	47	5,81	2,551	
	Total	92	6,57	2,406	
Wichtigkeit der Einstel- lung des Partners zur Erkrankung	unglücklich	45	7,33	2,654	,010
	glücklich	47	8,49	1,381	
	Total	92	7,92	2,170	
Einschätzung des Anteils des Partners bei Krankheitsentstehung	unglücklich	45	6,82	1,556	,000
	glücklich	47	2,45	2,263	
	Total	92	4,59	2,932	
Einschätzung des eigenen Anteils bei der Krankheitsentstehung	unglücklich	45	4,18	1,787	,345
	glücklich	47	3,72	2,692	
	Total	92	3,95	2,294	

**Tabelle 131: Skaleneinschätzung nach Beziehungsqualität (Patienten): ANOVA**

		N	Mean	Std. Deviation	Signifikanz
Übereinstimmung mit Partner bei Therapiemaßnahmen	unglücklich	20	3,60	2,137	,000
	glücklich	26	7,35	1,413	
	Total	46	5,72	2,562	
Momentane Möglich- keiten zur Krankheits- bewältigung	unglücklich	20	3,40	,940	,011
	glücklich	26	4,96	2,506	
	Total	46	4,28	2,115	

Tabelle 131: Skaleneinschätzung nach Beziehungsqualität (Patienten): *Fortsetzung*

		N	Mean	Std. Deviation	Signifikanz
Beitrag der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	unglücklich	20	3,75	2,552	
	glücklich	26	7,65	2,262	
	Total	46	5,96	3,069	
Momentane Bemühung des Partners bei der Krankheitsbewältigung	unglücklich	20	3,90	2,469	
	glücklich	26	8,35	1,548	
	Total	46	6,41	2,978	
Höhe des Ärgers aufgrund der Erkrankung	unglücklich	20	7,70	1,949	
	glücklich	26	6,96	2,068	
	Total	46	7,28	2,029	
Wichtigkeit der Einstellung des Partners zur Erkrankung	unglücklich	20	6,40	3,218	
	glücklich	26	8,35	1,495	
	Total	46	7,50	2,563	
Einschätzung des Anteils des Partners bei Krankheitsentstehung	unglücklich	20	6,60	1,392	
	glücklich	26	2,08	2,432	
	Total	46	4,04	3,040	
Einschätzung des eigenen Anteils bei der Krankheitsentstehung	unglücklich	20	4,65	1,899	
	glücklich	26	5,08	2,544	
	Total	46	4,89	2,273	

Tabelle 132: Skaleneinschätzung nach Beziehungsqualität (Partner): ANOVA

		N	Mean	Std. Deviation	Signifikanz
Übereinstimmung mit Partner bei Therapiemaßnahmen	unglücklich	25	4,60	1,915	
	glücklich	21	6,33	1,713	
	Total	46	5,39	2,005	
Momentane Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	unglücklich	25	3,40	1,528	
	glücklich	21	4,90	1,670	
	Total	46	4,09	1,749	
Beitrag der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	unglücklich	25	3,76	1,739	
	glücklich	21	7,33	1,742	
	Total	46	5,39	2,490	
Momentane Bemühung des Partners bei der Krankheitsbewältigung	unglücklich	25	4,16	2,135	
	glücklich	21	7,48	2,228	
	Total	46	5,67	2,725	
Höhe des Ärgers aufgrund der Erkrankung	unglücklich	25	7,08	1,998	
	glücklich	21	4,38	2,397	
	Total	46	5,85	2,556	
Wichtigkeit der Einstellung des Partners zur Erkrankung	unglücklich	25	8,08	1,847	
	glücklich	21	8,67	1,238	
	Total	46	8,35	1,609	
Einschätzung des Anteils des Partners bei Krankheitsentstehung	unglücklich	25	7,00	1,683	
	glücklich	21	2,90	1,998	
	Total	46	5,13	2,746	
Einschätzung des eigenen Anteils bei der Krankheitsentstehung	unglücklich	25	3,80	1,633	
	glücklich	21	2,05	1,802	
	Total	46	3,00	1,909	

### V.6.6 Einschätzung des partnerschaftlichen Umgangs und Krankheitsverarbeitung

Die Variablen des Partnerschaftsfragebogens werden aufgrund der vierfachen Abstufung (nie/sehr selten=0; selten=1; oft=2; sehr oft=3) als ordinalskaliert eingeschätzt. Patienten und Partner werden in Anlehnung an das Zusatz-Item des PFB („Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?“) dichotomisiert. Daher wird das parameterfreie Verfahren, der U-Test nach Mann & Whitney für nicht verbundene Stichproben ausgewählt. Patienten- und Partnerstichprobe werden getrennt betrachtet.

**Tabelle 133: Eingangsfragebogenbewertung nach Beziehungsqualität (Patienten): U-Test**

Patienten (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Signi- fikanz*
Diagnose hilft mir im Umgang	unglücklich	20	17,30	,004
	glücklich	26	28,27	
Ich erhalte Unterstützung aus dem Umfeld	unglücklich	20	14,45	,000
	glücklich	26	30,46	
Partner kann gut mit der Diagnose umgehen	unglücklich	20	14,98	,000
	glücklich	26	30,06	
Partner kann Diagnose gut annehmen	unglücklich	20	15,90	,000
	glücklich	26	29,35	
Partner müsste sein Verhalten ändern	unglücklich	20	31,13	,000
	glücklich	26	17,63	
In Familie ist Erkrankung ein wichtiges Thema	unglücklich	20	16,23	,001
	glücklich	26	29,10	
Mein Partner müsste mehr tun	unglücklich	20	33,20	,000
	glücklich	26	16,04	
Allgemein ist zuwenig über Depression bekannt	unglücklich	20	20,05	,014
	glücklich	26	26,15	
Mein Partner versteht mich sehr gut	unglücklich	20	13,80	,000
	glücklich	26	30,96	
Partner weiss wenig darüber wie es mir geht	unglücklich	20	33,95	,000
	glücklich	26	15,46	
Es ist schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	unglücklich	20	31,13	,000
	glücklich	26	17,63	
Ich ärgere mich oft über Verhalten meines Partners	unglücklich	20	30,88	,000
	glücklich	26	17,83	
Ich ärgere mich oft über Äußerungen meines Partners	unglücklich	20	30,40	,001
	glücklich	26	18,19	

\* es wurden nur signifikante Ergebnisse ausgewählt

Die Ergebnisse der Einzelitems finden sich für die Patienten in Tabelle C.6.1 (*Anhang*), für die Partner in Tabelle C.6.2 (*Anhang*).

Tabelle 134: Eingangsfragebogenbewertung nach Beziehungsqualität (Partner): U-Test

Partner (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Signi- fikanz
Es hat sich viel verändert durch Erkrankung	unglücklich glücklich	25 21	27,86 18,31	,008
Ärger über Ratschläge	unglücklich glücklich	25 21	30,98 14,60	,000
Ich kann mit der Diagnose etwas anfangen	unglücklich glücklich	25 21	19,74 27,98	,030
Ich weiss, was ich jetzt brauche	unglücklich glücklich	25 21	16,90 31,36	,000
Partner kann gut mit der Diagnose umgehen	unglücklich glücklich	25 21	17,86 30,21	,001
Partner kann Diagnose gut annehmen	unglücklich glücklich	25 21	18,24 29,76	,002
Partner müsste sein Verhalten ändern	unglücklich glücklich	25 21	29,92 15,86	,000
Ich fühle mich eher hilflos	unglücklich glücklich	25 21	29,02 16,93	,001
Ich fühle mich eher hoffnungslos	unglücklich glücklich	25 21	27,32 18,95	,029
Ich schäme mich wegen der Erkrankung	unglücklich glücklich	25 21	28,92 17,05	,001
Ich fühle mich schuldig	unglücklich glücklich	25 21	28,52 17,52	,004
Ich befürchte, dass andere schlecht über mich reden	unglücklich glücklich	25 21	27,52 18,71	,019
In Familie ist Erkrankung ein wichtiges Thema	unglücklich glücklich	25 21	18,94 28,93	,008
Ich befürchte, dass sich jetzt viele Leute zurückziehen	unglücklich glücklich	25 21	27,10 19,21	,032
Ich glaube, dass Depression schnell vorbei geht	unglücklich glücklich	25 21	26,92 19,43	,044
Mein Partner müsste mehr tun	unglücklich glücklich	25 21	27,28 19,00	,019
Allgemein ist zuwenig über Depression bekannt	unglücklich glücklich	25 21	26,30 20,17	,045
Vielleicht hätte ich mich mehr anstrengen müssen	unglücklich glücklich	25 21	30,60 15,05	,000
Partner müsste mehr Forderungen an mich stellen	unglücklich glücklich	25 21	27,62 18,60	,017
Ich wünsche mehr Nähe zu meinem Partner	unglücklich glücklich	25 21	28,00 18,14	,003
Mein Partner versteht mich sehr gut	unglücklich glücklich	25 21	16,08 32,33	,000
Eine andere Diagnose wäre mir lieber	unglücklich glücklich	25 21	28,06 18,07	,004
Sorgen, dass mein Partner überfordert wird	unglücklich glücklich	25 21	28,66 17,36	,002

Tabelle 134: Eingangsfragebogenbewertung nach Partnerschaftsqualität (Partner): *Fortsetzung*

Partner (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Signi- fikanz
An Depressionen ist man selbst schuld	unglücklich	25	27,14	
	glücklich	21	19,17	,037
Partner weiss wenig darüber wie es mir geht	unglücklich	25	30,44	
	glücklich	21	15,24	,000
Ich habe ein Problem, anderen die Diagnose mitzuteilen	unglücklich	25	26,88	
	glücklich	21	19,48	,042
Ich habe Menschen, mit denen ich darüber rede	unglücklich	25	19,90	
	glücklich	21	27,79	,039
Es ist schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	unglücklich	25	30,12	
	glücklich	21	15,62	,000
Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	unglücklich	25	28,98	
	glücklich	21	16,98	,001
Ich schäme mich wegen psychiatrischer Erkrankung	unglücklich	25	27,60	
	glücklich	21	18,62	,018
Ich ärgere mich oft über Verhalten meines Partners	unglücklich	25	30,40	
	glücklich	21	15,29	,000
Ich ärgere mich oft über Äußerungen meines Partners	unglücklich	25	29,86	
	glücklich	21	15,93	,000
Eine körperliche Diagnose wäre mir lieber	unglücklich	25	28,58	
	glücklich	21	17,45	,004

Tabelle 135: Beurteilung der Partnerschaftsqualität (PFB)- Gesamt: U-Test

Gesamtstichprobe (n=92)		N	Mean Rank	Signi- fikanz
Skala 1:	PatientIn	46	41,98	
Streitverhalten	PartnerIn	46	51,02	,104
Skala 2:	PatientIn	46	49,14	
Zärtlichkeit	PartnerIn	46	43,86	,342
Skala 3:	PatientIn	46	46,91	
Gemeinsamkeit/Kommunikation	PartnerIn	46	46,09	,882
Gesamtwert:	PatientIn	46	49,13	
(30-skala1)+Skala2+Skala3	PartnerIn	46	43,87	,345

Tabelle 136: Beurteilung der Partnerschaftsqualität (PFB)- Gesamt glücklich: U-Test

Gesamtstichprobe (n=92):	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Signi- fikanz
Skala 1:	unglücklich	45	66,13	
Streitverhalten PFB	glücklich	47	27,70	,000
Skala 2:	unglücklich	45	28,71	
Zärtlichkeit PFB	glücklich	47	63,53	,000
Skala 3:	unglücklich	45	30,93	
Gemeinsamkeit/Kommunikation PFB	glücklich	47	61,40	,000
Gesamtwert:	unglücklich	45	25,62	
(30-skala1)+Skala2+Skala3	glücklich	47	66,49	,000

Tabelle 137: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (FKV)-Gesamt glücklich: U-Test

<b>Gesamtstichprobe (n=92): Skalen FKV</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Summe Skala1:	unglücklich	45	49,51	,287
depressive Verarbeitung	glücklich	47	43,62	
Summe Skala2:	unglücklich	45	35,80	,000
aktives problembezogenes Coping	glücklich	47	56,74	
Summe Skala3:	unglücklich	45	44,53	,486
Ablenkung und Selbstaufbau	glücklich	47	48,38	
Summe Skala 4:	unglücklich	45	37,04	,001
Religiosität und Sinnsuche	glücklich	47	55,55	
Summe Skala 5:	unglücklich	45	54,11	,007
Bagatellisierung und Wunschdenken	glücklich	47	39,21	

Tabelle 138: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (FKV) – Patienten glücklich: U-Test

<b>Patientenstichprobe (n=92): Skalen FKV</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Summe Skala1:	unglücklich	20	27,33	,088
depressive Verarbeitung	glücklich	26	20,56	
Summe Skala2:	unglücklich	20	17,90	,013
aktives problembezogenes Coping	glücklich	26	27,81	
Summe Skala3:	unglücklich	20	18,75	,034
Ablenkung und Selbstaufbau	glücklich	26	27,15	
Summe Skala 4:	unglücklich	20	21,45	,359
Religiosität und Sinnsuche	glücklich	26	25,08	
Summe Skala 5:	unglücklich	20	29,68	,006
Bagatellisierung und Wunschdenken	glücklich	26	18,75	

Tabelle 139: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (FKV) – Partner glücklich: U-Test

<b>Partnerstichprobe (n=92): Skalen FKV</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Summe Skala1:	unglücklich	25	24,06	,755
depressive Verarbeitung	glücklich	21	22,83	
Summe Skala2:	unglücklich	25	18,26	,003
aktives problembezogenes Coping	glücklich	21	29,74	
Summe Skala3:	unglücklich	25	25,06	,385
Ablenkung und Selbstaufbau	glücklich	21	21,64	
Summe Skala 4:	unglücklich	25	17,42	,001
Religiosität und Sinnsuche	glücklich	21	30,74	
Summe Skala 5:	unglücklich	25	25,46	,274
Bagatellisierung und Wunschdenken	glücklich	21	21,17	



Tabelle 140: Unterschiede in Patiententheorien (PATEF) – Gesamt glücklich: U-Test

<b>Gesamtstichprobe (n=92)</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Signi- fikanz</b>
PATEF:	unglücklich	45	54,63	
Psychosozial außen	glücklich	47	38,71	,004
PATEF:	unglücklich	45	54,54	
Psychosozial innen	glücklich	47	38,80	,005
PATEF:	unglücklich	45	55,92	
Psychosozial gesamt	glücklich	47	37,48	,001
PATEF:	unglücklich	45	47,48	
Naturalistisch außen	glücklich	47	45,56	,727
PATEF:	unglücklich	45	46,24	
Naturalistisch innen	glücklich	47	46,74	,928
PATEF:	unglücklich	45	46,93	
Naturalistisch gesamt	glücklich	47	46,09	,879
PATEF:	unglücklich	45	50,44	
Gesundheitsverhalten	glücklich	47	42,72	,164

Tabelle 141: Unterschiede in Patiententheorien (PATEF) – Patienten glücklich: U-Test

<b>Patienten (n=46)</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Signi- fikanz</b>
PATEF:	unglücklich	20	31,85	
Psychosozial außen	glücklich	26	17,08	,000
PATEF:	unglücklich	20	27,35	
Psychosozial innen	glücklich	26	20,54	,087
PATEF:	unglücklich	20	30,40	
Psychosozial gesamt	glücklich	26	18,19	,002
PATEF:	unglücklich	20	25,60	
Naturalistisch außen	glücklich	26	21,88	,347
PATEF:	unglücklich	20	23,28	
Naturalistisch innen	glücklich	26	23,67	,920
PATEF:	unglücklich	20	24,45	
Naturalistisch gesamt	glücklich	26	22,77	,673
PATEF:	unglücklich	20	23,13	
Gesundheitsverhalten	glücklich	26	23,79	,868



Tabelle 142: Unterschiede in Patiententheorien (PATEF) – Partner glücklich: U-Test

Partner (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Signi- fikanz
PATEF:	unglücklich	25	23,72	
Psychosozial außen	glücklich	21	23,24	,903
PATEF:	unglücklich	25	28,48	
Psychosozial innen	glücklich	21	17,57	,006
PATEF:	unglücklich	25	27,16	
Psychosozial gesamt	glücklich	21	19,14	,043
PATEF:	unglücklich	25	22,76	
Naturalistisch außen	glücklich	21	24,38	,676
PATEF:	unglücklich	25	23,36	
Naturalistisch innen	glücklich	21	23,67	,938
PATEF:	unglücklich	25	23,08	
Naturalistisch gesamt	glücklich	21	24,00	,817
PATEF:	unglücklich	25	28,44	
Gesundheitsverhalten	glücklich	21	17,62	,006

Tabelle 143: Unterschiede in Kontrollüberzeugungen – Gesamt glücklich: ANOVA

Gesamtstichprobe (n=92)	glücklich/ unglücklich	N	Mittelwert	Std. Deviation	Signifikanz
Rohwerte KKG:	unglücklich	45	26,78	5,518	
Internalität	glücklich	47	27,96	6,785	
	Gesamt	92	27,38	6,193	,364
Rohwerte KKG:	unglücklich	45	25,93	4,366	
soziale Externalität	glücklich	47	24,83	4,498	
	Gesamt	92	25,37	4,444	,236
Rohwerte KKG:	unglücklich	45	21,42	5,945	
fatalistische Externalität	glücklich	47	19,91	8,444	
	Gesamt	92	20,65	7,328	,327
T-Werte KKG:	unglücklich	45	49,44	10,672	
Internalität	glücklich	47	52,02	14,167	
	Gesamt	92	50,76	12,578	,329
T-Werte KKG:	unglücklich	45	62,56	8,021	
Soziale Externalität	glücklich	47	60,96	9,007	
	Gesamt	92	61,74	8,530	,372
T-Werte KKG:	unglücklich	45	57,56	9,392	
Fatalistische Externalität	glücklich	47	52,66	17,284	
	Gesamt	92	55,05	14,132	,097

Tabelle 144: Unterschiede in Kontrollüberzeugungen – Patienten glücklich: ANOVA

Patienten (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mittelwert	Std. Deviation	Signifikanz
Rohwerte KKG: Internalität	unglücklich	20	23,85	5,761	,240
	glücklich	26	26,23	7,372	
	Gesamt	46	25,20	6,755	
Rohwerte KKG: soziale Externalität	unglücklich	20	24,75	3,160	,589
	glücklich	26	25,35	4,039	
	Gesamt	46	25,09	3,657	
Rohwerte KKG: fatalistische Externalität	unglücklich	20	23,70	6,705	,357
	glücklich	26	21,50	8,760	
	Gesamt	46	22,46	7,927	
T-Werte KKG: Internalität	unglücklich	20	44,00	11,309	,288
	glücklich	26	48,27	14,693	
	Gesamt	46	46,41	13,361	
T-Werte KKG: Soziale Externalität	unglücklich	20	60,50	6,469	,516
	glücklich	26	61,92	7,884	
	Gesamt	46	61,30	7,260	
T-Werte KKG: Fatalistische Externalität	unglücklich	20	61,25	9,851	,173
	glücklich	26	55,58	16,145	
	Gesamt	46	58,04	13,924	

Tabelle 145: Unterschiede in Kontrollüberzeugungen – Partner glücklich: ANOVA

Partner (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mittelwert	Std. Deviation	Signifikanz
Rohwerte KKG: Internalität	unglücklich	25	29,12	4,086	,490
	glücklich	21	30,10	5,412	
	Gesamt	46	29,57	4,708	
Rohwerte KKG: soziale Externalität	unglücklich	25	26,88	4,994	,077
	glücklich	21	24,19	5,036	
	Gesamt	46	25,65	5,139	
Rohwerte KKG: fatalistische Externalität	unglücklich	25	19,60	4,628	,379
	glücklich	21	17,95	7,794	
	Gesamt	46	18,85	6,254	
T-Werte KKG: Internalität	unglücklich	25	53,80	7,943	,345
	glücklich	21	56,67	12,281	
	Gesamt	46	55,11	10,137	
T-Werte KKG: Soziale Externalität	unglücklich	25	64,20	8,860	,123
	glücklich	21	59,76	10,305	
	Gesamt	46	62,17	9,698	
T-Werte KKG: Fatalistische Externalität	unglücklich	25	54,60	8,026	,178
	glücklich	21	49,05	18,345	
	Gesamt	46	52,07	13,847	

### V.6.7 Familienrollen innerhalb der Beziehung und Stärke der Familie

Diese Aussagen wurden mit offenen Fragen im Sinne der Satzergänzung erhoben. Patienten und Partner haben beispielsweise die Sätze „In meiner Familie bin ich diejenige / derjenige, die /der.....“ oder „Ich glaube, dass die Stärke unserer Familie darin besteht, dass...“.

**Tabelle 146: In unserer Familie bin ich Derjenige/Diejenige, der/die... (Patientenaussage)**

<b>Patientenaussage (n=46)</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
der ruhige Pol ist	1	2,2	2,2
der/die immer wieder krank wird	3	6,5	8,7
die immer kleiner wird und fliehen will	1	2,2	10,9
die hinterher läuft	1	2,2	13,0
die die unwichtigen Dinge entscheidet	1	2,2	15,2
der alles erträgt	1	2,2	17,4
die sich sehr schwach fühlt	1	2,2	19,6
immer versucht zu helfen	1	2,2	21,7
kleine Junge	1	2,2	23,9
der Bekloppte / der Kranke	1	2,2	26,1
momentan am meisten durchhängt	1	2,2	28,3
die am faulsten ist	1	2,2	30,4
die Zusammenhalt fördert	3	6,5	37,0
die sich um alle in Familie kümmert	1	2,2	39,1
Kind	1	2,2	41,3
die den ganzen Stress hatte	1	2,2	43,5
die alle informiert, die Aktive	1	2,2	45,7
die alles macht	4	8,7	54,3
die krank ist	4	8,7	63,0
für Familienstrategien und-zusammenhalt zuständig	3	6,5	69,6
der sich um das Grobe (handwerklich) kümmert	3	6,5	76,1
die immer allen hilft	1	2,2	78,3
der alles zuviel ist	1	2,2	80,4
die nichts auf die Reihe kriegt und Hilfe braucht	1	2,2	82,6
die nicht viel machen kann	1	2,2	84,8
die alles besser weiss und Recht hat	1	2,2	87,0
der Problemfall	1	2,2	89,1
die den Haushalt macht	1	2,2	91,3
die zu oft krank ist	2	4,3	95,7
der macht und alles organisiert	1	2,2	97,8
der sich um Probleme im Außenbereich kümmert	1	2,2	100,0

Tabelle 147: In unserer Familie ist mein Partner der/die, der...(Patientenaussage)

Patientenaussage (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
alles richtig macht	1	2,2	2,2
strenger in der Erziehung ist	1	2,2	4,3
die eine Powerfrau ist und der alles gelingt	1	2,2	6,5
alles weiss und Druck macht	2	4,3	10,9
meistens gewinnt	1	2,2	13,0
die wichtigen Dinge entscheidet	1	2,2	15,2
immer für mich da ist	2	4,3	19,6
mich nicht versteht	1	2,2	21,7
der uns alle enttäuscht	1	2,2	23,9
untergeordnete Rolle spielt	1	2,2	26,1
die Managerin	2	4,3	30,4
selbst Hilfe braucht	1	2,2	32,6
der einzige stabile Punkt	1	2,2	34,8
der das Sagen hat	2	4,3	39,1
der sich um viele Sachen kümmert	1	2,2	41,3
der alles organisiert	1	2,2	43,5
der Ärger macht	1	2,2	45,7
der Verwöhnte	1	2,2	47,8
der sich zurückzieht	2	4,3	52,2
der viel Verständnis hat	1	2,2	54,3
für Optimismus und Tagesfreude zuständig	3	6,5	60,9
die sich um alles kümmert	1	2,2	63,0
der alles plant	1	2,2	65,2
der für alles verantwortlich sein muss	2	4,3	69,6
die mir immer helfen will	2	4,3	73,9
der die Übersicht behält	1	2,2	76,1
der unser Leben organisiert	1	2,2	78,3
der sich kümmert	1	2,2	80,4
der sich auf mich verlässt	1	2,2	82,6
der Konflikten aus dem Weg geht	2	4,3	87,0
der Starke	1	2,2	89,1
der Chef	1	2,2	91,3
der mir viele Dinge abnimmt	2	4,3	95,7
die alles 100prozentig haben möchte	1	2,2	97,8
die sich um die Kinder kümmert und alles kann	1	2,2	100,0

Tabelle 148: In unserer Familie bin ich Derjenige/Diejenige, der/die... (Partneraussage)

Partneraussage (n=46)	Häufig- keit	Prozent	Kumulative Prozent
alles hinkriegt und schiebt	1	2,2	2,2
Häuptling	1	2,2	4,3
der das Geld verdient	3	6,5	10,9
die alles managen muss	3	6,5	17,4
der alles organisiert	9	19,6	37,0
der alles besser weiss (theoretisch)	1	2,2	39,1
kleine Junge	1	2,2	41,3
die auch Probleme hat	1	2,2	43,5
der momentan die Fahne hochhält	1	2,2	45,7
die Familie zusammenhält	1	2,2	47,8
Blitzableiter	1	2,2	50,0
der immer unzufriedener ist	1	2,2	52,2
selbst erkrankt ist	1	2,2	54,3
der zurücksteckt	1	2,2	56,5
der immer die Ruhe bewahren muss	2	4,3	60,9
die Spannungen herausnimmt und Wärme gibt	3	6,5	67,4
die alles zusammengehalten und geregelt hat	1	2,2	69,6
der die meisten Entscheidungen trifft	1	2,2	71,7
es gibt keine Rollenverteilung bei uns	2	4,3	76,1
der den Überblick behält	3	6,5	82,6
der Chef ist	1	2,2	84,8
der zurücksteckt	1	2,2	87,0
der nichts mitbekommt	2	4,3	91,3
der seiner Partnerin helfen möchte	1	2,2	93,5
der die Familie leitet und Entscheidungen trifft	1	2,2	95,7
die versucht, das Leben komfortabel zu machen, damit alle zufrieden sind	1	2,2	97,8
der die Dinge in die Hand nimmt	1	2,2	100,0

Tabelle 149: In unserer Familie ist mein Partner der/die, der/die... (Partnerrausage)

Partnerrausage (n=46)	Häufig- keit	Prozent	Kumulative Prozent
Sorgenkind	1	2,2	2,2
sich nach mir richtet	2	4,3	6,5
die Schnittstelle für alle	1	2,2	8,7
der kaum noch etwas tut	1	2,2	10,9
(immer wieder) krank ist	2	4,3	15,2
für Gefühle zuständig ist	1	2,2	17,4
der will und nicht kann	2	4,3	21,7
der/die alles bestimmen will	2	4,3	26,1
die sehr sehr krank ist	1	2,2	28,3
sich um das Liebevoll kümmert	1	2,2	30,4
die auf den Familienzusammenhalt achtet	1	2,2	32,6
die immer unzufriedener wird	1	2,2	34,8
die früher alles organisiert hat	1	2,2	37,0
die das Leben bestimmt	1	2,2	39,1
auf die immer Rücksicht genommen werden muss	2	4,3	43,5
die meistens sehr stark ist	1	2,2	45,7
der Familienharmonie unterstützt und Umsicht zeigt	3	6,5	52,2
der nur nach Aufforderung mitzieht	1	2,2	54,3
die viel Unterstützung und Hilfe braucht	1	2,2	56,5
die krank ist	1	2,2	58,7
die nur reagiert	1	2,2	60,9
die das Zepter in der Hand hat	2	4,3	65,2
die sich ausruhen muss	2	4,3	69,6
es gibt keine Rollenverteilung bei uns	2	4,3	73,9
die etwas "verrückt" und krank ist	1	2,2	76,1
die mit Verlust nicht umgehen kann	1	2,2	78,3
die sich meist unterordnet	1	2,2	80,4
die alles besser weiss	1	2,2	82,6
die alles in sich reifrisst	2	4,3	87,0
der es ziemlich schlecht geht	1	2,2	89,1
die versucht, sich aus allem rauszuhalten	1	2,2	91,3
die viel Rücksicht braucht	2	4,3	95,7
der versucht, für alles zu sorgen und sich um alles sorgt	1	2,2	97,8
die sich jetzt gehen lässt	1	2,2	100,0

Tabelle 150: Ich glaube, dass die Stärke unserer Familie darin liegt ... (Patientenaussage)

Patientenaussage (n=46)	Häufig- keit	Prozent	Kumulative Prozent
sie/wir füreinander da sind	1	2,2	2,2
wir (in der Not) zusammenstehen/zusammenhalten	9	19,6	21,7
wir uns immer wieder gegenseitig aufbauen	1	2,2	23,9
meine Tochter mich gut versteht	1	2,2	26,1
weiss nicht	4	8,7	34,8
andere finden unsere Familie toll	1	2,2	37,0
es gibt keine Stärke mehr	2	4,3	41,3
gegenseitige Achtung	1	2,2	43,5
Mutter und Tochter zusammenhalten	1	2,2	45,7
mich Familie so nimmt und unterstützt	1	2,2	47,8
Zusammenhalt	1	2,2	50,0
Verständnis füreinander	2	4,3	54,3
wir uns unterstützen	2	4,3	58,7
Zugehörigkeitsgefühl (Familie)	1	2,2	60,9
dass wir noch zusammen sind	1	2,2	63,0
hat momentan keine Stärke	1	2,2	65,2
wir uns nicht im Stich lassen	1	2,2	67,4
volles Vertrauen und Verantwortungsgefühl füreinander	3	6,5	73,9
dass wir offen miteinander umgehen	2	4,3	78,3
wir uns vertrauen und nicht aufgeben	2	4,3	82,6
dass wir schon immer füreinander da waren	1	2,2	84,8
dass wir trotzdem noch zusammen sind	1	2,2	87,0
wir in der Not die Arbeit teilen	2	4,3	91,3
dass wir uns schon so lange kennen, offen miteinander sind	1	2,2	93,5
dass wir gut miteinander reden können und nichts nachragen	2	4,3	97,8
unsere gegenseitige Liebe	1	2,2	100,0

Tabelle 151: Ich glaube, dass die Stärke unserer Familie darin liegt, dass...(Partneraussage)

Partneraussage (n=46)	Häufig- keit	Prozent	Kumulative Prozent
sie/wir füreinander da sind	1	2,2	2,2
wir (in der Not) zusammenstehen/zusammenhalten	8	17,4	19,6
wir gemeinsam Situation bewältigen	2	4,3	23,9
sich normal jeder auf jeden verlassen kann	1	2,2	26,1
weiss nicht	5	10,9	37,0
es gibt keine Stärke mehr	1	2,2	39,1
wir ehrlich zueinander sind	1	2,2	41,3
Zusammenhalt	3	6,5	47,8
dass wir noch zusammen sind	2	4,3	52,2
wir uns nicht im Stich lassen	1	2,2	54,3
gegenseitige Unterstützung, viel Verständnis und Harmonie	3	6,5	60,9
dass wir versuchen, sie am Leben teilnehmen zu lassen	1	2,2	63,0
dass wir uns unterstützen und zusammenhalten	2	4,3	67,4
dass wir jetzt mehr zusammenhalten	2	4,3	71,7
wir uns lieben	2	4,3	76,1
dass wir uns beistehen	1	2,2	78,3
wir uns brauchen	1	2,2	80,4
dass wir uns unterstützen	3	6,5	87,0
dass viel über Probleme gesprochen wird	1	2,2	89,1
dass wir trotzdem zusammenhalten	1	2,2	91,3
dass unser Zusammenhalt gewachsen ist	2	4,3	95,7
wir zusammenhalten und uns lieben	1	2,2	97,8
wir uns schon so lange kennen	1	2,2	100,0



## V.7 Welche motivationalen Schemata finden sich bei Patienten und Partnern?

### V.7.1 Annäherungs- und Vermeidungsziele der Patienten

Tabelle 152: Annäherungs- und Vermeidungsziele von Patienten (U-Test: Skalen)

<b>Patienten (n=46): männlich: 12 weiblich: 34</b>	<b>männlich weiblich</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>	<b>Mittlere Rang- summe</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Annäherung: Streben nach Intimität/ Bindung	männlich weiblich Total	4,4833 3,9412 4,0826	,52886 ,64485 ,65669	31,63 20,63	,014
Annäherung: Streben nach Geselligkeit	männlich weiblich Total	2,8750 2,7868 2,8098	,93237 ,88577 ,88848	24,88 23,01	
Annäherung: Streben nach Altruismus	männlich weiblich Total	4,1667 4,1103 4,1250	,85502 ,59094 ,65986	25,71 22,72	
Annäherung: Streben nach Hilfe	männlich weiblich Total	3,2917 4,1691 3,9402	,89082 ,54258 ,74942	13,17 27,15	,002
Annäherung: Streben nach Anerkennung/Bestätigung	männlich weiblich Total	4,4792 4,2279 4,2935	,54833 ,51993 ,53308	27,88 21,96	
Annäherung: Streben nach Status	männlich weiblich Total	2,5000 2,8088 2,7283	,83258 ,83043 ,83304	19,42 24,94	
Annäherung: Streben nach Autonomie	männlich weiblich Total	3,9583 3,2132 3,4076	,97604 ,87718 ,95213	31,00 20,85	,023
Annäherung: Streben nach Leistung(OHNE 36)	männlich weiblich Total	4,3958 4,2426 4,2826	,76469 ,49423 ,57157	28,79 21,63	
Annäherung: Streben nach Kontrolle	männlich weiblich Total	4,5000 3,9926 4,1250	,79057 ,47068 ,60496	33,08 20,12	
Annäherung: Streben nach Bildung/Verstehen	männlich weiblich Total	4,1458 3,4632 3,6413	,77209 ,74400 ,80217	31,54 20,66	,015
Annäherung: Streben nach Glauben/Sinn	männlich weiblich Total	3,5208 3,0809 3,1957	,67805 ,64468 ,67477	30,79 20,93	
Annäherung: Streben nach Abwechslung	männlich weiblich Total	3,2833 3,2471 3,2565	,56862 ,84432 ,77593	24,88 23,01	

Tabelle 152: Annäherungs- und Vermeidungsziele von Patienten (Skalen): *Fortsetzung*

<b>Patienten (n=46):</b> männlich: 12 weiblich: 34	<b>männlich weiblich</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>	<b>Mittlere Rang- summe</b>	<b>Signi- fikanz*</b>
Annäherung: Streben nach Selbstvertrauen	männlich weiblich Total	4,3750 4,0956 4,1685	,62614 ,49242 ,53762	29,04 21,54	,092
Annäherung: Streben nach Selbstbelohnung	männlich weiblich Total	5,2222 4,7941 4,9058	1,01835 ,86072 ,91264	28,21 21,84	
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	männlich weiblich Total	4,6000 4,4000 4,4522	,44313 ,67510 ,62458	26,00 22,62	
Vermeidung: Geringschätzung	männlich weiblich Total	4,2778 4,1373 4,1739	,30429 ,48282 ,44438	27,58 22,06	,216
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	männlich weiblich Total	3,7083 3,9191 3,8641	,71377 ,43398 ,52097	21,63 24,16	
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	männlich weiblich Total	3,8611 4,2647 4,1594	,64288 ,59049 ,62357	17,25 25,71	
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	männlich weiblich Total	3,9833 3,4941 3,6217	,66310 ,88795 ,85607	29,25 21,47	,083
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	männlich weiblich Total	3,6250 3,8971 3,8261	,70308 ,63698 ,65801	19,79 24,81	
Vermeidung: Schwäche/Kontrollverlust	männlich weiblich Total	2,9167 3,5588 3,3913	1,19869 ,75977 ,92511	19,63 24,87	
Vermeidung: Hilflosigkeit	männlich weiblich Total	4,0833 4,2647 4,2174	,32567 ,45619 ,43014	18,79 25,16	,150
Vermeidung: Versagen	männlich weiblich Total	4,2083 4,3676 4,3261	,71377 ,52669 ,57704	21,38 24,25	
Gesamtwert für Annäherungsziele	männlich weiblich Total	3,9427 3,7267 3,7830	,44728 ,41989 ,43289	29,50 21,38	
Gesamtwert für Vermeidungsziele	männlich weiblich Total	3,9182 4,0337 4,0036	,37770 ,31828 ,33435	21,08 24,35	,468
Verhältnis Annäherung/Vermeidung (Quotient)	männlich weiblich Total	,9995 1,0904 1,0667	,09274 ,10194 ,10654	15,67 26,26	
					<b>,019</b>

\* Bei nicht gegebener Homogenität der Varianzen ( $p < ,05$ ) sollte ein Signifikanzniveau von  $p = 0,01$  angesetzt werden (Bühl, 2006, S. 422). Da jedoch auch keine Normalverteilung der Daten vorlag, wurde statt der ANOVA ein nonparametrisches Verfahren gewählt.

## V.7.2 Annäherungs- und Vermeidungsziele der Partner

Tabelle 153: Annäherungs- und Vermeidungsziele von Partnern (U-Test: Skalen)

<b>Partner (n=46): männlich: 34 weiblich: 12</b>	<b>männlich weiblich</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviat.</b>	<b>Mittl. Rang- summe</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Annäherung: Streben nach Intimität/ Bindung	männlich weiblich Total	4,1647 3,7167 4,0478	,46832 ,78374 ,59207	25,56 17,67	,072
Annäherung: Streben nach Geselligkeit	männlich weiblich Total	2,9706 2,9375 2,9620	,89562 ,81968 ,86758	23,47 23,58	,980
Annäherung: Streben nach Altruismus	männlich weiblich Total	3,7868 3,6458 3,7500	,58430 ,65243 ,59861	24,29 21,25	,493
Annäherung: Streben nach Hilfe	männlich weiblich Total	3,0147 3,3958 3,1141	,72022 ,60733 ,70653	21,32 29,67	,062
Annäherung: Streben nach Anerkennung/Bestätigung	männlich weiblich Total	4,0588 3,6458 3,9511	,39437 ,77209 ,54165	25,93 16,63	,036
Annäherung: Streben nach Status	männlich weiblich Total	2,7721 2,1458 2,6087	,69186 1,12036 ,85741	25,79 17,00	,050
Annäherung: Streben nach Autonomie	männlich weiblich Total	3,4118 3,6875 3,4837	,74336 ,38620 ,67578	21,91 28,00	,172
Annäherung: Streben nach Leistung(OHNE 36)	männlich weiblich Total	4,2868 3,8958 4,1848	,62805 ,58832 ,63560	25,82 16,92	,046
Annäherung: Streben nach Kontrolle	männlich weiblich Total	4,2647 3,6667 4,1087	,53279 ,78576 ,65543	26,32 15,50	,015
Annäherung: Streben nach Bildung/Verstehen	männlich weiblich Total	3,7206 3,4583 3,6522	,72238 ,73727 ,72740	24,85 19,67	,240
Annäherung: Streben nach Glauben/Sinn	männlich weiblich Total	2,7721 2,8125 2,7826	,57856 ,57530 ,57157	22,54 26,21	,409
Annäherung: Streben nach Abwechslung	männlich weiblich Total	3,3529 3,1833 3,3087	,66798 ,62353 ,65416	24,29 21,25	,497
Annäherung: Streben nach Selbstvertrauen	männlich weiblich Total	4,1397 3,7917 4,0489	,45307 ,66430 ,53130	24,93 19,46	,209
Annäherung: Streben nach Selbstbelohnung	männlich weiblich Total	4,7941 4,4722 4,7101	,69638 ,77144 ,72217	24,81 19,79	,255

Tabelle 153: Annäherungs- und Vermeidungsziele von Partnern (Skalen): *Fortsetzung*

<b>Partner (n=46): männlich: 34 weiblich: 12</b>	<b>männlich weiblich</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviat.</b>	<b>Mittl. Rang- summe</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	männlich	4,3765	,35081	27,82	,000
	weiblich	3,6500	,66127	11,25	
	Total	4,1870	,54878		
Vermeidung: Geringschätzung	männlich	4,1225	,31061	26,57	,008
	weiblich	3,6528	,75364	14,79	
	Total	4,0000	,50308		
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	männlich	3,4191	,47562	26,16	,022
	weiblich	2,9792	,60733	15,96	
	Total	3,3043	,54240		
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	männlich	3,8529	,67764	24,43	,425
	weiblich	3,5556	,94637	20,88	
	Total	3,7754	,75704		
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	männlich	3,7765	,72658	23,31	,870
	weiblich	3,8167	,47832	24,04	
	Total	3,7870	,66587		
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	männlich	3,5882	,68225	24,79	,260
	weiblich	3,2917	,70577	19,83	
	Total	3,5109	,69313		
Vermeidung: Schwäche/Kontrollverlust	männlich	3,3627	,85030	26,76	,005
	weiblich	2,4444	,85674	14,25	
	Total	3,1232	,93587		
Vermeidung: Hilflosigkeit	männlich	4,3235	,41070	26,75	,004
	weiblich	3,8333	,57735	14,29	
	Total	4,1957	,50253		
Vermeidung: Versagen	männlich	4,3824	,45325	27,10	,002
	weiblich	3,8125	,57530	13,29	
	Total	4,2337	,54366		
Gesamtwert für Annäherungsziele	männlich	3,6793	,27191	25,71	,061
	weiblich	3,4611	,32842	17,25	
	Total	3,6224	,29995		
Gesamtwert für Vermeidungsziele	männlich	3,9116	,25953	28,24	,000
	weiblich	3,4485	,36113	10,08	
	Total	3,7908	,35150		
Verhältnis Annäherung/Vermeidung (Quotient)	männlich	1,0684	,10116	25,76	,054
	weiblich	1,0009	,11490	17,08	
	Total	1,0508	,10783		

### V.7.3 Unterschiede in Annäherungs- und Vermeidungszielen

Tabelle 154: Annäherungs- und Vermeidungsziele von Patienten und Partnern (U-Test)

<b>Gesamtstichprobe (n=92): FAMOS</b> <b>Patient: 46</b> <b>Partner: 46</b>		<b>Mean</b>	<b>Std. Deviat.</b>	<b>Mittlere Rangsumme</b>	<b>Signifikanz</b>
Annäherung: Streben nach Intimität/ Bindung	Patient	4,0826	,65669	47,62	
	Partner	4,0478	,59207	45,38	
	Total	4,0652	,62202		
Annäherung: Streben nach Geselligkeit	Patient	2,8098	,88848	43,86	
	Partner	2,9620	,86758	49,14	
	Total	2,8859	,87660		
Annäherung: Streben nach Altruismus	Patient	4,1250	,65986	54,48	
	Partner	3,7500	,59861	38,52	
	Total	3,9375	,65426		
Annäherung: Streben nach Hilfe	Patient	3,9402	,74942	60,64	
	Partner	3,1141	,70653	32,36	
	Total	3,5272	,83490		
Annäherung: Streben nach Anerkennung/Bestätigung	Patient	4,2935	,53308	54,67	
	Partner	3,9511	,54165	38,33	
	Total	4,1223	,56146		
Annäherung: Streben nach Status	Patient	2,7283	,83304	47,45	
	Partner	2,6087	,85741	45,55	
	Total	2,6685	,84280		
Annäherung: Streben nach Autonomie	Patient	3,4076	,95213	45,08	
	Partner	3,4837	,67578	47,92	
	Total	3,4457	,82194		
Annäherung: Streben nach Leistung(OHNE 36)	Patient	4,2826	,57157	48,47	
	Partner	4,1848	,63560	44,53	
	Total	4,2337	,60311		
Annäherung: Streben nach Kontrolle	Patient	4,1250	,60496	46,30	
	Partner	4,1087	,65543	46,70	
	Total	4,1168	,62728		
Annäherung: Streben nach Bildung/Verstehen	Patient	3,6413	,80217	45,48	
	Partner	3,6522	,72740	47,52	
	Total	3,6467	,76150		
Annäherung: Streben nach Glauben/Sinn	Patient	3,1957	,67477	54,33	
	Partner	2,7826	,57157	38,67	
	Total	2,9891	,65561		
Annäherung: Streben nach Abwechslung	Patient	3,2565	,77593	44,39	
	Partner	3,3087	,65416	48,61	
	Total	3,2826	,71416		
Annäherung: Streben nach Selbstvertrauen	Patient	4,1685	,53762	48,91	
	Partner	4,0489	,53130	44,09	
	Total	4,1087	,53491		
Annäherung: Streben nach Selbstbelohnung	Patient	4,9058	,91264	49,36	
	Partner	4,7101	,72217	43,64	
	Total	4,8080	,82429		



Tabelle 154: Annäherungs- und Vermeidungsziele von Partnern und Patienten: *Fortsetzung*

Gesamtstichprobe (n=92): FAMOS Patient: 46 Partner: 46		Mean	Std. Deviat.	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	Patient	4,4522	,62458	54,29	<b>,005</b>
	Partner	4,1870	,54878	38,71	
	Total	4,3196	,59968		
Vermeidung: Geringschätzung	Patient	4,1739	,44438	50,79	<b>,118</b>
	Partner	4,0000	,50308	42,21	
	Total	4,0870	,48005		
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	Patient	3,8641	,52097	58,97	<b>,000</b>
	Partner	3,3043	,54240	34,03	
	Total	3,5842	,59908		
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	Patient	4,1594	,62357	52,86	<b>,021</b>
	Partner	3,7754	,75704	40,14	
	Total	3,9674	,71622		
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	Patient	3,6217	,85607	44,25	<b>,417</b>
	Partner	3,7870	,66587	48,75	
	Total	3,7043	,76717		
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	Patient	3,8261	,65801	53,20	<b>,015</b>
	Partner	3,5109	,69313	39,80	
	Total	3,6685	,69051		
Vermeidung: Schwäche/Kontrollverlust	Patient	3,3913	,92511	50,09	<b>,193</b>
	Partner	3,1232	,93587	42,91	
	Total	3,2572	,93514		
Vermeidung: Hilflosigkeit	Patient	4,2174	,43014	45,53	<b>,724</b>
	Partner	4,1957	,50253	47,47	
	Total	4,2065	,46529		
Vermeidung: Versagen	Patient	4,3261	,57704	48,82	<b>,400</b>
	Partner	4,2337	,54366	44,18	
	Total	4,2799	,55944		
Gesamtwert für Annäherungsziele	Patient	3,7830	,43289	51,36	<b>,081</b>
	Partner	3,6224	,29995	41,64	
	Total	3,7027	,37905		
Gesamtwert für Vermeidungsziele	Patient	4,0036	,33435	53,70	<b>,010</b>
	Partner	3,7908	,35150	39,30	
	Total	3,8972	,35752		
Verhältnis Annäherung/Vermeidung (Quotient)	Patient	1,0667	,10654	47,87	<b>,623</b>
	Partner	1,0508	,10783	45,13	
	Total	1,0588	,10690		

### V.7.4 Einschätzungen der Probleme und Möglichkeiten des Partners

Tabelle 155: Fremdeinschätzungen\* der Annäherungs- und Vermeidungsziele (Gesamt)

<b>Gesamtstichprobe (n=92): FAMOS Patient: 46 Partner:46</b>	<b>Patient Partner</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviat.</b>	<b>Mittlere Rang- summe</b>	<b>Signi- fikanz**</b>
Annäherung: Streben nach Intimität/ Bindung	Patient	3,9174	,74425	53,16	
	Partner	3,5565	,71170	39,84	
	Total	3,7370	,74653		
Annäherung: Streben nach Geselligkeit	Patient	3,1957	,76723	59,42	
	Partner	2,4511	,65748	33,58	
	Total	2,8234	,80310		
Annäherung: Streben nach Altruismus	Patient	3,6413	,83108	43,87	
	Partner	3,7717	,60513	49,13	
	Total	3,7065	,72590		
Annäherung: Streben nach Hilfe	Patient	3,3641	,83284	39,91	
	Partner	3,7554	,85714	53,09	
	Total	3,5598	,86314		
Annäherung: Streben nach Anerkennung/Bestätigung	Patient	4,1467	,47015	48,50	
	Partner	4,0870	,41237	44,50	
	Total	4,1168	,44080		
Annäherung: Streben nach Status	Patient	3,1902	,63941	51,66	
	Partner	2,9185	,88828	41,34	
	Total	3,0543	,78168		
Annäherung: Streben nach Autonomie	Patient	3,8315	,61476	56,38	
	Partner	3,1467	,93627	36,62	
	Total	3,4891	,85959		
Annäherung: Streben nach Leistung(OHNE 36)	Patient	4,0543	,78336	55,89	
	Partner	3,5217	,70873	37,11	
	Total	3,7880	,78964		
Annäherung: Streben nach Kontrolle	Patient	4,0978	,53872	56,71	
	Partner	3,6522	,57609	36,29	
	Total	3,8750	,59819		
Annäherung: Streben nach Bildung/Verstehen	Patient	3,6359	,71240	54,62	
	Partner	3,1685	,78538	38,38	
	Total	3,4022	,78180		
Annäherung: Streben nach Glauben/Sinn	Patient	2,9674	,67208	50,98	
	Partner	2,7772	,67336	42,02	
	Total	2,8723	,67581		
Annäherung: Streben nach Abwechslung	Patient	3,3565	,59764	55,12	
	Partner	2,9087	,78282	37,88	
	Total	3,1326	,72825		
Annäherung: Streben nach Selbstvertrauen	Patient	4,1739	,59831	58,97	
	Partner	3,5272	,59914	34,03	
	Total	3,8505	,67842		
Annäherung: Streben nach Selbstbelohnung	Patient	3,5725	,84229	53,46	
	Partner	3,1087	,77317	39,54	
	Total	3,3406	,83714		

Tabelle 155: Fremdeinschätzungen der Annäherungs- und Vermeidungsziele: *Fortsetzung*

Gesamtstichprobe (n=92): FAMOS Patient: 46 Partner:46		Patient Partner	Mean	Std. Deviat.	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz**
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	Patient	4,0087	,77855	42,91		
	Partner	4,1957	,70741	50,09		
	Total	4,1022	,74568	,195		
Vermeidung: Geringschätzung	Patient	4,1174	,46299	45,22		
	Partner	4,1826	,44587	47,78		
	Total	4,1500	,45319	,639		
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	Patient	3,4348	,64643	40,55		
	Partner	3,6902	,61052	52,45		
	Total	3,5625	,63832	,030		
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	Patient	3,8913	,56679	40,37		
	Partner	4,1159	,58465	52,63		
	Total	4,0036	,58365	,022		
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	Patient	3,9043	,58079	54,71		
	Partner	3,3565	,89235	38,29		
	Total	3,6304	,79776	,003		
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	Patient	3,3370	,80315	46,32		
	Partner	3,3043	,76360	46,68		
	Total	3,3207	,77948	,947		
Vermeidung: Schwäche/Kontrollverlust	Patient	3,3188	,92418	45,73		
	Partner	3,4348	,81307	47,27		
	Total	3,3768	,86756	,780		
Vermeidung: Hilflosigkeit	Patient	4,0326	,57399	47,05		
	Partner	4,0163	,53073	45,95		
	Total	4,0245	,54980	,840		
Vermeidung: Versagen	Patient	4,1304	,57431	49,78		
	Partner	3,9837	,68395	43,22		
	Total	4,0571	,63235	,234		
Gesamtwert für Annäherungsziele	Patient	3,6532	,39975	56,14		
	Partner	3,3108	,40807	36,86		
	Total	3,4820	,43704	,001		
Gesamtwert für Vermeidungsziele	Patient	3,3492	,34754	46,28		
	Partner	3,3626	,33963	46,72		
	Total	3,3559	,34178	,938		
Verhältnis Annäherung/Vermeidung (Quotient)	Patient	,9208	,08368	34,11		
	Partner	1,0280	,13942	58,89		
	Total	,9744	,12639	,000		

\* Der Patient trifft Aussagen über den Partner, der Partner trifft Aussagen über den Patienten (Patient→Partner; Partner→Patient) / \*\* U-Test nach Mann & Whitney



Tabelle 156: Fremdeinschätzungen der Patienten durch die Partner: U-Test

Partner schätzen Patienten ein (Annäherung/Vermeidung)	männl:34 weibl:12	Mean	Std. Deviat.	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
Annäherung: Streben nach Intimität/ Bindung	männlich	3,4529	,67923	21,49	
	weiblich	3,8500	,74894	29,21	
	Total	3,5565	,71170		
Annäherung: Streben nach Geselligkeit	männlich	2,4485	,65070	22,50	
	weiblich	2,4583	,70577	26,33	
	Total	2,4511	,65748		
Annäherung: Streben nach Altruismus	männlich	3,8603	,46135	24,93	
	weiblich	3,5208	,87554	19,46	
	Total	3,7717	,60513		
Annäherung: Streben nach Hilfe	männlich	3,8676	,90083	25,85	
	weiblich	3,4375	,64952	16,83	
	Total	3,7554	,85714		
Annäherung: Streben nach Anerkennung/Bestätigung	männlich	4,0294	,34137	21,85	
	weiblich	4,2500	,55391	28,17	
	Total	4,0870	,41237		
Annäherung: Streben nach Status	männlich	2,7353	,79043	20,82	
	weiblich	3,4375	,97774	31,08	
	Total	2,9185	,88828		
Annäherung: Streben nach Autonomie	männlich	2,9118	,82774	20,34	
	weiblich	3,8125	,93617	32,46	
	Total	3,1467	,93627		
Annäherung: Streben nach Leistung(OHNE 36)	männlich	3,4926	,70034	23,06	
	weiblich	3,6042	,75723	24,75	
	Total	3,5217	,70873		
Annäherung: Streben nach Kontrolle	männlich	3,5882	,52542	22,28	
	weiblich	3,8333	,69359	26,96	
	Total	3,6522	,57609		
Annäherung: Streben nach Bildung/Verstehen	männlich	3,0662	,70256	22,01	
	weiblich	3,4583	,95842	27,71	
	Total	3,1685	,78538		
Annäherung: Streben nach Glauben/Sinn	männlich	2,7132	,65462	22,34	
	weiblich	2,9583	,72169	26,79	
	Total	2,7772	,67336		
Annäherung: Streben nach Abwechslung	männlich	2,9529	,74843	24,35	
	weiblich	2,7833	,89629	21,08	
	Total	2,9087	,78282		
Annäherung: Streben nach Selbstvertrauen	männlich	3,4779	,54484	22,69	
	weiblich	3,6667	,74111	25,79	
	Total	3,5272	,59914		
Annäherung: Streben nach Selbstbelohnung	männlich	3,0882	,77550	22,65	
	weiblich	3,1667	,79772	25,92	
	Total	3,1087	,77317		
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	männlich	4,2176	,78527	25,22	
	weiblich	4,1333	,43762	18,63	
	Total	4,1957	,70741		

Tabelle 156: Fremdeinschätzungen der Patienten durch die Partner: *Fortsetzung*

Partner schätzen Patienten ein (Annäherung/Vermeidung)	männl:34 weibl:12	Mean	Std. Deviat.	Mittlere Rang- summe	Signi- fikanz
Vermeidung: Geringschätzung	männlich	4,1647	,37326	22,15	,239
	weiblich	4,2333	,62571	27,33	
	Total	4,1826	,44587		
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	männlich	3,8382	,45595	25,97	,032
	weiblich	3,2708	,80098	16,50	
	Total	3,6902	,61052		
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	männlich	4,1471	,57555	24,41	,421
	weiblich	4,0278	,62697	20,92	
	Total	4,1159	,58465		
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	männlich	3,1118	,89739	20,24	,005
	weiblich	4,0500	,36307	32,75	
	Total	3,3565	,89235		
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	männlich	3,4044	,80720	25,41	,102
	weiblich	3,0208	,55859	18,08	
	Total	3,3043	,76360		
Vermeidung: Schwäche/Kontrollverlust	männlich	3,5000	,78389	24,68	,310
	weiblich	3,2500	,90034	20,17	
	Total	3,4348	,81307		
Vermeidung: Hilflosigkeit	männlich	4,0221	,55857	24,07	,622
	weiblich	4,0000	,46466	21,88	
	Total	4,0163	,53073		
Vermeidung: Versagen	männlich	4,0735	,58235	25,01	,195
	weiblich	3,7292	,89480	19,21	
	Total	3,9837	,68395		
Gesamtwert für Annäherungsziele	männlich	3,2632	,36907	21,88	,169
	weiblich	3,4455	,49579	28,08	
	Total	3,3108	,40807		
Gesamtwert für Vermeidungsziele	männlich	3,3842	,34184	24,59	,354
	weiblich	3,3017	,34034	20,42	
	Total	3,3626	,33963		
Verhältnis Annäherung/Vermeidung (Quotient)	männlich	1,0455	,12075	25,24	,140
	weiblich	,9782	,17924	18,58	
	Total	1,0280	,13942		

Tabelle 157: Fremdeinschätzungen der Partner durch die Patienten: U-Test

Patienten schätzen Partner ein (Annäherung/Vermeidung)	männl:12 weibl: 34	Mean	Std. Deviat.	Mittl. Rang- summe	Signi- fikanz
Annäherung: Streben nach Intimität/ Bindung	männlich weiblich Total	3,9500 3,9059 3,9174	1,01668 ,64052 ,74425	25,54 22,78	,538
Annäherung: Streben nach Geselligkeit	männlich weiblich Total	3,5417 3,0735 3,1957	,86493 ,70316 ,76723	28,63 21,69	,118
Annäherung: Streben nach Altruismus	männlich weiblich Total	3,7917 3,5882 3,6413	1,04356 ,75348 ,83108	25,25 22,88	,597
Annäherung: Streben nach Hilfe	männlich weiblich Total	3,7292 3,2353 3,3641	,85585 ,79758 ,83284	29,46 21,40	,072
Annäherung: Streben nach Anerkennung/Bestätigung	männlich weiblich Total	4,3750 4,0662 4,1467	,53831 ,42332 ,47015	28,75 21,65	,101
Annäherung: Streben nach Status	männlich weiblich Total	2,9792 3,2647 3,1902	,69461 ,61219 ,63941	18,38 25,31	,121
Annäherung: Streben nach Autonomie	männlich weiblich Total	4,2083 3,6985 3,8315	,46262 ,61169 ,61476	31,79 20,57	,012
Annäherung: Streben nach Leistung(OHNE 36)	männlich weiblich Total	4,2708 3,9779 4,0543	,72659 ,79860 ,78336	27,13 22,22	,273
Annäherung: Streben nach Kontrolle	männlich weiblich Total	3,9375 4,1544 4,0978	,53433 ,53660 ,53872	20,29 24,63	,331
Annäherung: Streben nach Bildung/Verstehen	männlich weiblich Total	3,4792 3,6912 3,6359	,60733 ,74635 ,71240	20,50 24,56	,359
Annäherung: Streben nach Glauben/Sinn	männlich weiblich Total	3,3333 2,8382 2,9674	,53654 ,67387 ,67208	31,63 20,63	,014
Annäherung: Streben nach Abwechslung	männlich weiblich Total	3,3667 3,3529 3,3565	,73773 ,55281 ,59764	25,13 22,93	,622
Annäherung: Streben nach Selbstvertrauen	männlich weiblich Total	4,2083 4,1618 4,1739	,82458 ,51080 ,59831	24,79 23,04	,693
Annäherung: Streben nach Selbstbelohnung	männlich weiblich Total	4,0278 3,4118 3,5725	,89283 ,77442 ,84229	30,88 20,90	,025
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	männlich weiblich Total	3,8333 4,0706 4,0087	1,03338 ,67489 ,77855	22,08 24,00	,669

Tabelle 157: Fremdeinschätzungen der Partner durch die Patienten: *Fortsetzung*

Vermeidung: Geringschätzung	männlich	4,2333	,59595	26,58	
	weiblich	4,0765	,40903	22,41	
	Total	4,1174	,46299		
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	männlich	3,6250	,62614	27,96	
	weiblich	3,3676	,64911	21,93	
	Total	3,4348	,64643		
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	männlich	3,9444	,54742	23,75	
	weiblich	3,8725	,58034	23,41	
	Total	3,8913	,56679		
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	männlich	3,9333	,43762	23,46	
	weiblich	3,8941	,62906	23,51	
	Total	3,9043	,58079		
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	männlich	3,4167	,68534	24,88	
	weiblich	3,3088	,84848	23,01	
	Total	3,3370	,80315		
Vermeidung: Schwäche/Kontrollverlust	männlich	2,5278	,93699	13,29	
	weiblich	3,5980	,75111	27,10	
	Total	3,3188	,92418		
Vermeidung: Hilflosigkeit	männlich	3,6458	,51631	13,58	
	weiblich	4,1691	,53556	27,00	
	Total	4,0326	,57399		
Vermeidung: Versagen	männlich	3,9583	,63812	19,21	
	weiblich	4,1912	,54723	25,01	
	Total	4,1304	,57431		
Gesamtwert für Annäherungsziele	männlich	3,7999	,50644	26,00	
	weiblich	3,6015	,34905	22,62	
	Total	3,6532	,39975		
Gesamtwert für Vermeidungsziele	männlich	3,2747	,39027	21,92	
	weiblich	3,3755	,33347	24,06	
	Total	3,3492	,34754		
Verhältnis Annäherung/Vermeidung (Quotient)	männlich	,8671	,09128	14,58	
	weiblich	,9398	,07313	26,65	
	Total	,9208	,08368		

## V.7.5 Unterschiede in der Selbst- und Fremdwahrnehmung motivationaler Aspekte

Tabelle 158: Vergleich von Selbst-(Patienten) und Fremdeinschätzung (Partner): U-Test

Patienten (Selbsteinschätzung) Partner (Fremdeinschätzung)	Status	N	Mittlere Rang- summe	Signifikanz (zweiseitig)
Annäherung: Streben nach Intimität/Bindung	Selbst	46	55,95	,001
	Fremd	46	37,05	
Annäherung: Streben nach Geselligkeit	Selbst	46	51,49	,069
	Fremd	46	41,51	
Annäherung: Streben nach Altruismus	Selbst	46	54,08	,006
	Fremd	46	38,92	
Annäherung: Streben nach Hilfe	Selbst	46	49,36	,300
	Fremd	46	43,64	
Annäherung: Streben nach Anerkennung/Bestätigung	Selbst	46	52,92	,019
	Fremd	46	40,08	
Annäherung: Streben nach Status	Selbst	46	43,75	,320
	Fremd	46	49,25	
Annäherung: Streben nach Autonomie	Selbst	46	50,53	,145
	Fremd	46	42,47	
Annäherung: Streben nach Leistung(OHNE 36)	Selbst	46	60,64	,000
	Fremd	46	32,36	
Annäherung: Streben nach Kontrolle	Selbst	46	57,28	,000
	Fremd	46	35,72	
Annäherung: Streben nach Bildung/Verstehen	Selbst	46	53,68	,009
	Fremd	46	39,32	
Annäherung: Streben nach Glauben/Sinn	Selbst	46	54,68	,003
	Fremd	46	38,32	
Annäherung: Streben nach Abwechslung	Selbst	46	52,13	,042
	Fremd	46	40,87	
Annäherung: Streben nach Selbstvertrauen	Selbst	46	59,46	,000
	Fremd	46	33,54	
Annäherung: Streben nach Selbstbelohnung	Selbst	46	66,47	,000
	Fremd	46	26,53	
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	Selbst	46	53,04	,018
	Fremd	46	39,96	
Vermeidung: Geringschätzung	Selbst	46	46,52	,994
	Fremd	46	46,48	
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	Selbst	46	49,39	,289
	Fremd	46	43,61	
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	Selbst	46	46,33	,949
	Fremd	46	46,67	
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	Selbst	46	50,97	,107
	Fremd	46	42,03	
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	Selbst	46	55,48	,001
	Fremd	46	37,52	
Vermeidung: Schwäche/Kontrollverlust	Selbst	46	47,45	,731
	Fremd	46	45,55	
Vermeidung: Hilflosigkeit	Selbst	46	51,29	,081
	Fremd	46	41,71	
Vermeidung: Versagen	Selbst	46	53,40	,012
	Fremd	46	39,60	



Tabelle 158: Vergleich von Selbst- (Patienten) und Fremdeinschätzung (Partner): *Fortsetzung*

<b>Patienten (Selbsteinschätzung) Partner (Fremdeinschätzung)</b>	<b>Status</b>	<b>N</b>	<b>Mittlere Rang- summe</b>	<b>Signifikanz (zweiseitig)</b>
Gesamtwert für Annäherungsziele	Selbst	46	58,71	,000
	Fremd	46	34,29	
Gesamtwert für Vermeidungsziele	Selbst	46	65,53	,000
	Fremd	46	27,47	
Verhältnis Annäherung/Vermeidung (Quotient)	Selbst	46	49,89	,223
	Fremd	46	43,11	

Der Vergleich der Einzelitems (FAMOS) der Selbsteinschätzung (Patienten) mit der Fremdeinschätzung (Partner) befindet sich in Tabelle C.7.1 (*Anhang*). Die signifikanten Ergebnisse des Vergleiches der Selbsteinschätzung der Partner mit der Fremdeinschätzung der Partner findet sich in Tabelle C.7.2 (*Anhang*).

Tabelle 159: Vergleich der Selbst- (Partner) und Fremdeinschätzung (Patienten): U-Test

<b>Partner (Selbsteinschätzung) Patienten (Fremdeinschätzung)</b>	<b>Status</b>	<b>N</b>	<b>Mittlere Rang- summe</b>	<b>Signifikanz (zweiseitig)</b>
Annäherung: Streben nach Intimität/Bindung	Selbst	46	44,15	,395
	Fremd	46	48,85	
Annäherung: Streben nach Geselligkeit	Selbst	46	51,05	,098
	Fremd	46	41,95	
Annäherung: Streben nach Altruismus	Selbst	46	44,47	,462
	Fremd	46	48,53	
Annäherung: Streben nach Hilfe	Selbst	46	50,17	,184
	Fremd	46	42,83	
Annäherung: Streben nach Anerkennung/Bestätigung	Selbst	46	50,57	,134
	Fremd	46	42,43	
Annäherung: Streben nach Status	Selbst	46	55,42	,001
	Fremd	46	37,58	
Annäherung: Streben nach Autonomie	Selbst	46	52,98	,019
	Fremd	46	40,02	
Annäherung: Streben nach Leistung(OHNE 36)	Selbst	46	44,91	,566
	Fremd	46	48,09	
Annäherung: Streben nach Kontrolle	Selbst	46	45,45	,702
	Fremd	46	47,55	
Annäherung: Streben nach Bildung/Verstehen	Selbst	46	45,18	,630
	Fremd	46	47,82	
Annäherung: Streben nach Glauben/Sinn	Selbst	46	50,21	,177
	Fremd	46	42,79	
Annäherung: Streben nach Abwechslung	Selbst	46	47,00	,857
	Fremd	46	46,00	
Annäherung: Streben nach Selbstvertrauen	Selbst	46	49,49	,271
	Fremd	46	43,51	
Annäherung: Streben nach Selbstbelohnung	Selbst	46	30,84	,000
	Fremd	46	62,16	
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	Selbst	46	43,55	,287
	Fremd	46	49,45	

Tabelle 159: Vergleich der Selbst- (Partner) und Fremdeinschätzung (Patienten): *Fortsetzung*

<b>Partner (Selbsteinschätzung) Patienten (Fremdeinschätzung)</b>	<b>Status</b>	<b>N</b>	<b>Mittlere Rang- summe</b>	<b>Signikanz (zweiseitig)</b>
Vermeidung: Geringschätzung	Selbst	46	49,24	,319
	Fremd	46	43,76	
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	Selbst	46	49,32	,308
	Fremd	46	43,68	
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	Selbst	46	47,67	,666
	Fremd	46	45,33	
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	Selbst	46	49,15	,337
	Fremd	46	43,85	
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	Selbst	46	43,61	,292
	Fremd	46	49,39	
Vermeidung: Schwäche/Kontrollverlust	Selbst	46	49,04	,358
	Fremd	46	43,96	
Vermeidung: Hilflosigkeit	Selbst	46	42,07	,107
	Fremd	46	50,93	
Vermeidung: Versagen	Selbst	46	44,58	,482
	Fremd	46	48,42	
Gesamtwert für Annäherungsziele	Selbst	46	45,66	,764
	Fremd	46	47,34	
Gesamtwert für Vermeidungsziele	Selbst	46	30,57	,000
	Fremd	46	62,43	
Verhältnis Annäherung/Vermeidung (Quotient)	Selbst	46	31,57	,000
	Fremd	46	61,43	

### V.7.6 Annäherungs- und Vermeidungsziele glücklicher/unglücklicher Teilnehmer

Tabelle 160: Unterschiede innerhalb der Patientenstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test

Partner (Selbsteinschätzung) Patienten (Fremdeinschätzung)	Status	N	Mittlere Rang- summe	Signikanz (zweiseitig)
Vermeidung: Geringschätzung	Selbst	46	49,24	,319
	Fremd	46	43,76	
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	Selbst	46	49,32	,308
	Fremd	46	43,68	
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	Selbst	46	47,67	,666
	Fremd	46	45,33	
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	Selbst	46	49,15	,337
	Fremd	46	43,85	
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	Selbst	46	43,61	,292
	Fremd	46	49,39	
Vermeidung: Schwäche/Kontrollverlust	Selbst	46	49,04	,358
	Fremd	46	43,96	
Vermeidung: Hilflosigkeit	Selbst	46	42,07	,107
	Fremd	46	50,93	
Vermeidung: Versagen	Selbst	46	44,58	,482
	Fremd	46	48,42	
Gesamtwert für Annäherungsziele	Selbst	46	45,66	,764
	Fremd	46	47,34	
Gesamtwert für Vermeidungsziele	Selbst	46	30,57	,000
	Fremd	46	62,43	
Verhältnis Annäherung/Vermeidung (Quotient)	Selbst	46	31,57	,000
	Fremd	46	61,43	

Tabelle 161: Unterschiede innerhalb der Partnerstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test

Partner (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Sign. (2seitig)
wichtig: meinen Glauben zu leben	unglücklich	25	20,06	,044
	glücklich	21	27,60	
wichtig: meinen Freiraum zu haben	unglücklich	25	26,78	,048
	glücklich	21	19,60	
wichtig: besser als andere abzuschneiden	unglücklich	25	26,92	,047
	glücklich	21	19,43	



Tabelle 161: Unterschiede innerhalb Partnerstichprobe (glücklich/unglücklich): *Fortsetzung*

Partner (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Sign. (2seitig)
wichtig: großer Bekanntenkreis	unglücklich glücklich	25 21	27,78 18,40	,013
wichtig: unabhängig zu sein	unglücklich glücklich	25 21	28,44 17,62	,004
wichtig: Hilfe zu bekommen	unglücklich glücklich	25 21	19,92 27,76	,040
wichtig: verlässliche Paarbeziehung zu haben	unglücklich glücklich	25 21	18,92 28,95	,002
wichtig: andere zu beeindrucken	unglücklich glücklich	25 21	28,08 18,05	,009
wichtig: viele Kontakte zu haben	unglücklich glücklich	25 21	27,92 18,24	,011
wichtig: andere zu beschützen	unglücklich glücklich	25 21	21,18 26,26	,131
wichtig: Liebe zu erfahren	unglücklich glücklich	25 21	18,74 29,17	,003
wichtig: anderen zu helfen	unglücklich glücklich	25 21	20,74 26,79	,095
wichtig: selbst über mich zu bestimmen	unglücklich glücklich	25 21	27,88 18,29	,007
wichtig: anderen überlegen zu sein	unglücklich glücklich	25 21	29,50 16,36	,001
wichtig: geschützt zu werden	unglücklich glücklich	25 21	18,86 29,02	,007
wichtig: mich als Teil höherer Ordnung erleben	unglücklich glücklich	25 21	19,66 28,07	,019
wichtig: die Übersicht zu behalten	unglücklich glücklich	25 21	26,74 19,64	,050
wichtig: einen Sinn im Leben zu finden	unglücklich glücklich	25 21	20,88 26,62	,111
wichtig: andere zu unterstützen	unglücklich glücklich	25 21	19,96 27,71	,025
schlimm: eigene Schwächen zu zeigen	unglücklich glücklich	25 21	25,40 21,24	,275
schlimm: hilflos zu sein	unglücklich glücklich	25 21	24,74 22,02	,419
schlimm: einsam zu sein	unglücklich glücklich	25 21	19,64 28,10	,016
schlimm: fremdbestimmt zu werden	unglücklich glücklich	25 21	29,50 16,36	,000
schlimm: mich mit anderen zu streiten	unglücklich glücklich	25 21	19,74 27,98	,029
schlimm: zu versagen	unglücklich glücklich	25 21	26,42 20,02	,070
schlimm: andere zu verletzen	unglücklich glücklich	25 21	21,70 25,64	,273

Tabelle 161: Unterschiede innerhalb Partnerstichprobe (glücklich/unglücklich): *Fortsetzung*

<b>Partner (n=46)</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Sign. (2seitig)</b>
schlimm: abhängig zu sein	unglücklich	25	26,90	,049
	glücklich	21	19,45	
schlimm: nicht zu genügen	unglücklich	25	26,12	,090
	glücklich	21	20,38	
schlimm: eingeengt zu werden	unglücklich	25	28,54	,003
	glücklich	21	17,50	
schlimm: kritisiert zu werden	unglücklich	25	24,90	,421
	glücklich	21	21,83	
schlimm: von anderen getrennt zu sein	unglücklich	25	20,84	,112
	glücklich	21	26,67	
schlimm: angegriffen zu werden	unglücklich	25	25,34	,269
	glücklich	21	21,31	
schlimm: von Gefühlen überwältigt zu werden	unglücklich	25	26,56	,066
	glücklich	21	19,86	
schlimm: nicht selbst bestimmen zu können	unglücklich	25	27,68	,014
	glücklich	21	18,52	
schlimm: machtlos zu sein	unglücklich	25	24,76	,409
	glücklich	21	22,00	
schlimm: meine Eigenständigkeit verlieren	unglücklich	25	29,14	,001
	glücklich	21	16,79	
schlimm: inkompetent zu sein	unglücklich	25	20,56	,068
	glücklich	21	27,00	
schlimm: verlassen zu werden	unglücklich	25	18,94	,003
	glücklich	21	28,93	
schlimm: andere zu verärgern	unglücklich	25	21,50	,236
	glücklich	21	25,88	
schlimm: andere zu verlieren	unglücklich	25	22,30	,447
	glücklich	21	24,93	
schlimm: nicht anerkannt zu werden	unglücklich	25	22,34	,480
	glücklich	21	24,88	

Tabelle 162: Annäherungsziele in der Patientenstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test

<b>Patienten (n=46)</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Sign. (2seitig)</b>
Annäherung: Streben nach Intimität/Bindung	unglücklich	20	19,80	,099
	glücklich	26	26,35	
Annäherung: Streben nach Geselligkeit	unglücklich	20	24,63	,615
	glücklich	26	22,63	
Annäherung: Streben nach Altruismus	unglücklich	20	21,58	,389
	glücklich	26	24,98	
Annäherung: Streben nach Hilfe	unglücklich	20	22,85	,769
	glücklich	26	24,00	
Annäherung: Streben nach Anerkennung/Bestätigung	unglücklich	20	26,53	,174
	glücklich	26	21,17	
Annäherung: Streben nach Status	unglücklich	20	27,50	,074
	glücklich	26	20,42	

Tabelle 162: Annäherungsziele in der Patientenstichprobe (glücklich/unglücklich): *Fortsetzung*

<b>Patienten (n=46)</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Sign. (2seitig)</b>
Annäherung: Streben nach Intimität/Bindung	unglücklich	20	19,80	,099
	glücklich	26	26,35	
Annäherung: Streben nach Geselligkeit	unglücklich	20	24,63	,615
	glücklich	26	22,63	
Annäherung: Streben nach Altruismus	unglücklich	20	21,58	,389
	glücklich	26	24,98	
Annäherung: Streben nach Hilfe	unglücklich	20	22,85	,769
	glücklich	26	24,00	
Annäherung: Streben nach Anerkennung/ Bestätigung	unglücklich	20	26,53	,174
	glücklich	26	21,17	
Annäherung: Streben nach Status	unglücklich	20	27,50	,074
	glücklich	26	20,42	

Tabelle 163: Vermeidungsziele in der Patientenstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test

<b>Patienten (n=46)</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Sign. (2seitig)</b>
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	unglücklich	20	21,93	,478
	glücklich	26	24,71	
Vermeidung: Geringschätzung	unglücklich	20	23,68	,938
	glücklich	26	23,37	
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	unglücklich	20	20,70	,203
	glücklich	26	25,65	
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	unglücklich	20	26,55	,167
	glücklich	26	21,15	
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	unglücklich	20	24,43	,680
	glücklich	26	22,79	
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	unglücklich	20	21,03	,268
	glücklich	26	25,40	
Vermeidung: Schwäche/ Kontrollverlust	unglücklich	20	21,65	,399
	glücklich	26	24,92	
Vermeidung: Hilflosigkeit	unglücklich	20	26,30	,206
	glücklich	26	21,35	
Vermeidung: Versagen	unglücklich	20	22,20	,560
	glücklich	26	24,50	
Gesamtwert für Annäherungsziele	unglücklich	20	22,70	,723
	glücklich	26	24,12	
Gesamtwert für Vermeidungsziele	unglücklich	20	20,85	,240
	glücklich	26	25,54	

Tabelle 164: Annäherungsziele in der Partnerstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test

Patienten (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Sign. (2seitig)
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	unglücklich	20	21,93	,478
	glücklich	26	24,71	
Vermeidung: Geringschätzung	unglücklich	20	23,68	,938
	glücklich	26	23,37	
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	unglücklich	20	20,70	,203
	glücklich	26	25,65	
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	unglücklich	20	26,55	,167
	glücklich	26	21,15	
Vermeidung: Abhängigkeit/Autonomieverlust	unglücklich	20	24,43	,680
	glücklich	26	22,79	
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	unglücklich	20	21,03	,268
	glücklich	26	25,40	
Vermeidung: Schwäche/ Kontrollverlust	unglücklich	20	21,65	,399
	glücklich	26	24,92	
Vermeidung: Hilflosigkeit	unglücklich	20	26,30	,206
	glücklich	26	21,35	
Vermeidung: Versagen	unglücklich	20	22,20	,560
	glücklich	26	24,50	
Gesamtwert für Annäherungsziele	unglücklich	20	22,70	,723
	glücklich	26	24,12	
Gesamtwert für Vermeidungsziele	unglücklich	20	20,85	,240
	glücklich	26	25,54	

Tabelle 165: Vermeidungsziele in der Partnerstichprobe (glücklich/unglücklich): U-Test

Partner (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Sign. (2seitig)
Vermeidung: Alleinsein/Trennung	unglücklich	25	19,84	,041
	glücklich	21	27,86	
Vermeidung: Geringschätzung	unglücklich	25	24,24	,677
	glücklich	21	22,62	
Vermeidung: Erniedrigung/Blamage	unglücklich	25	24,42	,608
	glücklich	21	22,40	
Vermeidung: Vorwürfe/Kritik	unglücklich	25	25,18	,348
	glücklich	21	21,50	
Vermeidung: Abhängigkeit / Autonomie-verlust	unglücklich	25	29,92	,000
	glücklich	21	15,86	
Vermeidung: Verletzungen/Spannungen	unglücklich	25	20,16	,060
	glücklich	21	27,48	
Vermeidung: Schwäche/ Kontrollverlust	unglücklich	25	26,20	,134
	glücklich	21	20,29	

Tabelle 165: Vermeidungsziele in der Partnerstichprobe (glücklich/unglücklich): *Fortsetzung*

Partner (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Sign. (2seitig)
Vermeidung: Hilflosigkeit	unglücklich	25	23,22	,874
	glücklich	21	23,83	
Vermeidung: Versagen	unglücklich	25	25,10	,370
	glücklich	21	21,60	
Gesamtwert für Annäherungsziele	unglücklich	25	24,92	,434
	glücklich	21	21,81	
Gesamtwert für Vermeidungsziele	unglücklich	25	26,08	,155
	glücklich	21	20,43	

## V.8 Welche interpersonalen Probleme und Möglichkeiten stehen bei Patienten und Partnern im Vordergrund?

### V.8.1 Interpersonale Probleme und Möglichkeiten der Patienten und Partner

Tabelle 166: Interpersonale Probleme von Patienten und Partnern: U-Test

Skalen des IIP-C	Status	N	Median	Rangsumme	Signifi- kanz (2-seitig)*
PA: zu autokratisch / dominant	Patient	46	8,00	2053,00	,500
	Partner	46	9,00	2225,00	
BC: zu streitsüchtig / konkurrierend	Patient	46	10,00	2320,50	,154
	Partner	46	8,00	1957,50	
DE: zu abweisend / kalt	Patient	46	11,00	2324,00	,147
	Partner	46	10,00	1954,00	
FG: zu introvertiert / sozial vermeidend	Patient	46	18,50	2764,50	,000**
	Partner	46	11,00	1513,50	
HI: zu selbstunsicher / unterwürfig	Patient	46	24,00	2868,50	,000**
	Partner	46	14,00	1409,50	
JK: zu ausnutzbar / nachgiebig	Patient	46	20,50	2722,50	,000**
	Partner	46	15,00	1555,50	
LM: zu fürsorglich / freundlich	Patient	46	20,50	2798,00	,000**
	Partner	46	15,00	1480,00	
NO: zu expressiv / aufdringlich	Patient	46	13,00	2716,50	,000**
	Partner	46	9,00	1561,50	

\*Signifikanz: \*signifikant ( $p < 0.05$ ), \*\* $p < 0.01$

Tabelle 167: Interpersonale Probleme der Patienten (Geschlecht): U-Test

Patienten: Skalen des IIP-C	Status	N	Median	Rangsumme	Signifi- kanz (2-seitig)*
PA: zu autokratisch / dominant	Männer	12	7,00	274,00	,840
	Frauen	34	8,00	807,00	
BC: zu streitsüchtig / konkurrierend	Männer	12	9,50	243,50	,333
	Frauen	34	10,00	837,50	
DE: zu abweisend / kalt	Männer	12	8,50	193,50	,026*
	Frauen	34	12,50	887,50	
FG: zu introvertiert / sozial vermeidend	Männer	12	11,50	212,00	,079
	Frauen	34	19,50	869,00	
HI: zu selbstunsicher / unterwürfig	Männer	12	16,00	145,00	,001**
	Frauen	34	26,50	936,00	
JK: zu ausnutzbar / nachgiebig	Männer	12	15,50	187,50	,018*
	Frauen	34	22,00	893,50	
LM: zu fürsorglich / freundlich	Männer	12	17,50	192,50	,024*
	Frauen	34	21,00	888,50	
NO: zu expressiv / aufdringlich	Männer	12	12,00	239,00	,280
	Frauen	34	13,50	842,00	

Tabelle 168: Interpersonale Probleme der Partner (Geschlecht): U-Test

Partner: Skalen des IIP-C	Status	N	Median	Rang- summe	Signifi- kanz (2-seitig)*
PA: zu autokratisch / dominant	Männer	34	10,00	838,00	,326
	Frauen	12	6,00	243,00	
BC: zu streitsüchtig / konkurrierend	Männer	34	8,00	816,00	,667
	Frauen	12	8,00	265,00	
DE: zu abweisend / kalt	Männer	34	11,00	850,00	,199
	Frauen	12	8,00	231,00	
FG: zu introvertiert / sozial vermeidend	Männer	34	11,00	806,00	,860
	Frauen	12	11,00	275,00	
HI: zu selbstunsicher / unterwürfig	Männer	34	13,00	702,00	,015*
	Frauen	12	17,50	379,00	
JK: zu ausnutzbar / nachgiebig	Männer	34	15,00	752,00	,238
	Frauen	12	15,50	329,00	
LM: zu fürsorglich / freundlich	Männer	34	14,00	675,00	,002*
	Frauen	12	17,00	406,00	
NO: zu expressiv / aufdringlich	Männer	34	8,00	721,00	,050*
	Frauen	12	12,00	360,00	

\*Signifikanz: \*signifikant ( $p < 0.05$ ), \*\* $p < 0.01$

Die Skalen des Fragebogens zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C) sind fünfstufig konzipiert (0 = nicht zutreffend bis 4 = sehr zutreffend).

## V.8.2 Woraus schöpfen Patienten und Partner persönlich Kraft?

Die Drittnennungen finden sich für die Patienten in Tabelle C.8.1, für die Partner in Tabelle C.8.2 (Anhang).

Tabelle 169: Patienten: „Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Erstnennung)

Patientenstichprobe: N=46 (Erstnennung)	Männer: N=12			Frauen: N=34			Ges.
	N	% sex	% alle	N	% sex	% alle	% alle
weiss nicht	1	8,3	2,2	1	2,9	2,2	4,3
schlafen	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
kochen	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
Garten	1	8,3	2,2	0	,0	,0	2,2
mit Kindern zusammen sein	0	,0	,0	2	5,9	4,3	4,3
Musik	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
malen	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
meine eigene Familie	1	8,3	2,2	1	2,9	2,2	4,3
meine Arbeit (Beruf)	0	,0	,0	2	5,9	4,3	4,3
Computer	1	8,3	2,2	0	,0	,0	2,2
Hund	1	8,3	2,2	1	2,9	2,2	4,3
wenn es meinen Kindern gut geht	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
Sport	0	,0	,0	2	5,9	4,3	4,3
Tagesklinik	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
mit selbst betroffener Freundin reden	1	8,3	2,2	1	2,9	2,2	4,3
mich um mein Aussehen kümmern	0	,0	,0	2	5,9	4,3	4,3
Ruhe	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
Spaziergänge	3	25,0	6,5	0	,0	,0	6,5
Friedhofsbesuche (Mann verstorben)	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
Blumen ansehen	0	,0	,0	3	8,8	6,5	6,5
basteln	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
Liebe zu den Kindern	0	,0	,0	2	5,9	4,3	4,3
Natur und Wald genießen	2	16,7	4,3	0	,0	,0	4,3
mit Freunden telefonieren	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
Ergotherapie lenkt mich ab	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
an Hobbies denken (Sprache lernen)	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
reiten	0	,0	,0	2	5,9	4,3	4,3
Eishockey-Fanclub	0	,0	,0	1	2,9	2,2	2,2
Tagebuch schreiben oder daran lesen	0	,0	,0	2	5,9	4,3	4,3
Gesamt:	12	100,0	26,1	34	100,0	73,9	100,0



Tabelle 170: Patienten: „Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Zweitnennung)

Patientenstichprobe: N=46 (Zweitnennung)	Männer: N=12			Frauen: N=34			Ges.
	N	% sex	% alle	N	% sex	% alle	% Ges.
Natur	0	,0	,0	4	13,3	9,8	9,8
Natur und Wald	0	,0	,0	5	16,7	12,2	12,2
Kreuzworträtsel	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
Bewegung	1	9,1	2,4	0	,0	,0	2,4
Tanz	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
Komplimente	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
Ablenkung	0	,0	,0	2	6,7	4,9	4,9
duschen	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
malen und zeichnen	1	9,1	2,4	1	3,3	2,4	4,9
Pflanzen	1	9,1	2,4	0	,0	,0	2,4
Segeln	1	9,1	2,4	0	,0	,0	2,4
Harmonie in Familie	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
Hoffnungsschimmer	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
mit Familienmitgliedern reden	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
Gartenarbeit	3	27,3	7,3	0	,0	,0	7,3
Haushalt	0	,0	,0	3	10,0	7,3	7,3
alles, wo ich nicht grübeln muss	3	27,3	7,3	0	,0	,0	7,3
sportliche Aktivitäten	1	9,1	2,4	0	,0	,0	2,4
Entspannungsmusik	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
aus Geschichten, wo es Menschen wieder besser geht	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
am Meer sein oder daran denken	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
sportliche Leistungen bringen	0	,0	,0	1	3,3	2,4	2,4
mit Tieren zusammen sein	0	,0	,0	2	6,7	4,9	4,9
Wohnung verschönern	0	,0	,0	2	6,7	4,9	4,9
Gesamt	11	100,0	26,8	30	100,0	73,2	100,0



Tabelle 171: Partneraussage: „Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Erstnennung)

Partnerstichprobe: N=46 (Erstnennung)	Männer: N=34			Frauen: N=12			Ges.
	N	% sex	% alle	N	% sex	% alle	% Ges.
weiss nicht	1	2,9	2,2	0	,0	,0	2,2
Glaube an Besserung	2	5,9	4,3	0	,0	,0	4,3
mich auf meine Tochter konzentrieren	5	14,7	10,9	1	8,3	2,2	13,0
mit Kindern zusammen sein	0	,0	,0	2	16,7	4,3	4,3
Fachliteratur (beruflich)	2	5,9	4,3	0	,0	,0	4,3
Bewegung	0	,0	,0	1	8,3	2,2	2,2
mit Freunden treffen	1	2,9	2,2	1	8,3	2,2	4,3
meine Arbeit (Beruf)	8	23,5	17,4	0	,0	,0	17,4
aktiv sein	1	2,9	2,2	0	,0	,0	2,2
Sportverein	3	8,8	6,5	0	,0	,0	6,5
Fandub (Eishockey)	1	2,9	2,2	0	,0	,0	2,2
an gute Zeiten denken	1	2,9	2,2	0	,0	,0	2,2
Musik machen mit anderen	2	5,9	4,3	0	,0	,0	4,3
in der Natur bewegen	0	,0	,0	3	25,0	6,5	6,5
Ruhe durch Klinikaufenthalt des Mannes	0	,0	,0	1	8,3	2,2	2,2
Glauben (katholisch)	2	5,9	4,3	0	,0	,0	4,3
denke über Gesamtsituation nach	0	,0	,0	2	16,7	4,3	4,3
am Haus bauen	1	2,9	2,2	0	,0	,0	2,2
mit Arbeitskollegen zusammen sein	2	5,9	4,3	0	,0	,0	4,3
medizinischen Rat einholen	1	2,9	2,2	0	,0	,0	2,2
setze mir Ziele	1	2,9	2,2	0	,0	,0	2,2
mal "nichts tun"	0	,0	,0	1	8,3	2,2	2,2
Gesamt:	34	100,0	73,9	12	100,0	26,1	100,0

Tabelle 172: Partneraussage: Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Zweitnennung)

Partnerstichprobe: N=46 (Zweitnennung)	Männer: N=34			Frauen: N=12			Ges.
	N	% sex	% alle	N	% sex	% alle	% Ges.
Natur	1	3,2	2,6	0	0	0	2,6
Befragung	1	3,2	2,6	0	0	0	2,6
auf meinen Job konzentrieren	6	19,4	15,4	2	25,0	5,1	20,5
"Du musst das schaffen"	0	0	0	2	25,0	5,1	5,1
Ablenkung	1	3,2	2,6	0	0	0	2,6
nicht darüber nachdenken	4	12,9	10,3	0	0	0	10,3
etwas planen	1	3,2	2,6	0	0	0	2,6
Arbeit	1	3,2	2,6	0	0	0	2,6
Fußballverein	3	9,7	7,7	0	0	0	7,7
lese in alten Tagbüchern	1	3,2	2,6	0	0	0	2,6
Gartenarbeit	4	12,9	10,3	0	0	0	10,3
mit Arbeitskollegen treffen	4	12,9	10,3	0	0	0	10,3
Atemübungen	0	0	0	3	37,5	7,7	7,7
Zukunft neu planen	0	0	0	1	12,5	2,6	2,6
Computer (Grafikdesign)	2	6,5	5,1	0	0	0	5,1
Literatur besorgen über die Krankheit	1	3,2	2,6	0	0	0	2,6
motiviere mich selbst	1	3,2	2,6	0	0	0	2,6
Gesamt:	31	100	79,5	8	100	20,5	100

### V.8.3 Einschätzung eigener Fähigkeiten bei Patienten und Partner

Die folgenden Tabellen zeigen die freien Antworten auf die vorgegebene Aussage: „In schwierigen Situationen denke ich gern an Fähigkeiten, die ich habe oder an die ich mich erinnere...(auch wenn ich diese momentan nicht nutze)“. Die Drittennennungen finden sich in den Tabellen C.8.3 und C.8.4 (*Anhang*).

**Tabelle 173: Fähigkeiten, die Patienten sich zuschreiben (Erstnennung)**

<b>Patienten (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
schaffe sehr viel	1	2,2	2,2
kann gut Vorträge vorbereiten und halten	1	2,2	4,3
habe sehr viel Mitgefühl	2	4,3	8,7
kann (eigentlich) sehr gut organisieren	2	4,3	13,0
habe keine Fähigkeiten	1	2,2	15,2
habe Tochter sehr gut erzogen	1	2,2	17,4
bin sehr hilfsbereit	<b>6</b>	<b>13,0</b>	<b>30,4</b>
bin sehr analytisch denkend	1	2,2	32,6
lache sehr gern	1	2,2	34,8
bin sehr pünktlich	1	2,2	37,0
kann gut meine Ziele verfolgen	1	2,2	39,1
bin sehr lustig	1	2,2	41,3
bin sehr fleißig	1	2,2	43,5
eigentlich sehr lebensfroh	1	2,2	45,7
bin künstlerisch veranlagt	1	2,2	47,8
bin sehr perfektionistisch	2	4,3	52,2
bin eigentlich sehr ehrgeizig	1	2,2	54,3
guter Problemlöser für andere	<b>3</b>	<b>6,5</b>	<b>60,9</b>
wenn ich etwas beginne bringe ich es zu Ende	1	2,2	63,0
bin sehr sorgfältig	1	2,2	65,2
habe viele Ideen und Vorschläge	2	4,3	69,6
bin sehr einfühlsam	2	4,3	73,9
habe ein gutes "Bauchgefühl"	2	4,3	78,3
habe schnelle Auffassungsgabe	1	2,2	80,4
bin sehr freundlich	1	2,2	82,6
gute Menschenkenntnis	1	2,2	84,8
kann sehr gut mit Schülern umgehen	1	2,2	87,0
bin (eigentlich) sehr ehrgeizig	2	4,3	91,3
sehr sozial engagiert	1	2,2	93,5
kann viel durchstehen und aushalten	1	2,2	95,7
mache gern anderen eine Freude	2	4,3	100,0

Tabelle 174: Fähigkeiten, die Patienten sich zuschreiben (Zweitnennung)

<b>Patienten (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Pro- zent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
kann gut organisieren	6	13,0	14,3	14,3
kann anderen gut helfen	4	8,7	9,5	23,8
kann gut Wissen vermitteln	1	2,2	2,4	26,2
kann gut ruhig bleiben	1	2,2	2,4	28,6
bin eigentlich gute Mutter	1	2,2	2,4	31,0
mich gut in andere hinein versetzen	3	6,5	7,1	38,1
bin sehr fleißig	2	4,3	4,8	42,9
bin sehr hilfsbereit	2	4,3	4,8	47,6
bin sehr gewissenhaft	1	2,2	2,4	50,0
bin sehr freundlich	1	2,2	2,4	52,4
bin sehr zuverlässig	2	4,3	4,8	57,1
konnte unter hohem Druck arbeiten	1	2,2	2,4	59,5
habe gute Ratschläge für Andere	1	2,2	2,4	61,9
kann gut vermitteln	1	2,2	2,4	64,3
kann gut zuhören	2	4,3	4,8	69,0
bin eigentlich sehr durchsetzungsstark	1	2,2	2,4	71,4
habe mich getraut, an Befragung teilzunehmen	1	2,2	2,4	73,8
Talent zum Dekorieren	2	4,3	4,8	78,6
versuche, ein guter Mensch zu sein	2	4,3	4,8	83,3
habe schon früher viele schwierige Situationen bewältigt	2	4,3	4,8	88,1
kann mich (eigentlich) gut durchsetzen	1	2,2	2,4	90,5
bin gern sehr lustig	1	2,2	2,4	92,9
bin sehr tolerant	1	2,2	2,4	95,2
sehr leidensfähig	1	2,2	2,4	97,6
habe viel Ruhe („ist aber gesellschaftlich nicht gefragt“)	1	2,2	2,4	100,0
Fehlende Werte	4	8,7		
<b>Gesamt</b>	<b>42</b>	<b>91,3</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 175: Fähigkeiten, die Partner sich zuschreiben (Erstnennung)

<b>Partner (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
kann sehr gut zuhören	2	4,3	4,3
schaffe sehr viel	3	6,5	10,9
kann (eigentlich) sehr gut organisieren	15	32,6	43,5
bin sehr hilfsbereit	2	4,3	47,8
bin sehr ehrlich	1	2,2	50,0
bin sehr analytisch denkend	1	2,2	52,2
war sehr ordentlich	1	2,2	54,3
kann mich gut zusammenreißen	1	2,2	56,5
bin sehr fleißig	2	4,3	60,9
bin sehr gradlinig	1	2,2	63,0
bewahre Ruhe und Geduld	2	4,3	67,4
optimistische Grundeinstellung	3	6,5	73,9
übernehme sehr viel Verantwortung	1	2,2	76,1
Erfahrung im Umgang mit einer Epilepsieerkrankung	1	2,2	78,3
gutes Selbstvertrauen	2	4,3	82,6
bin schnell und zielorientiert	2	4,3	87,0
interessiere mich für viele Dinge	1	2,2	89,1
bin sehr gesellig	1	2,2	91,3
lasse mich nicht unterkriegen	3	6,5	97,8
es gibt immer Schwächere, die meine Hilfe brauchen	1	2,2	100,0

Tabelle 176: Fähigkeiten, die Partner sich zuschreiben (Zweitnennung)

Partner (Zweitnennung): N=46	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
kann gut organisieren	5	10,9	11,6	11,6
kann anderen gut helfen	2	4,3	4,7	16,3
kann gut ruhig bleiben	1	2,2	2,3	18,6
kann gut planen	1	2,2	2,3	20,9
bin sehr handwerklich	2	4,3	4,7	25,6
mich gut in andere hinein versetzen	1	2,2	2,3	27,9
bin sehr fleißig	2	4,3	4,7	32,6
bin sehr hilfsbereit	2	4,3	4,7	37,2
bin sehr gewissenhaft	1	2,2	2,3	39,5
bin sehr zuverlässig	2	4,3	4,7	44,2
bin sehr belastbar	3	6,5	7,0	51,2
viel reden	1	2,2	2,3	53,5
sehr gute Kommunikation	1	2,2	2,3	55,8
bin sehr verständnisvoll	2	4,3	4,7	60,5
übernehme viel Verantwortung	2	4,3	4,7	65,1
Augen-zu-und-durch-Methode	3	6,5	7,0	72,1
kann gut Kontakte knüpfen	2	4,3	4,7	76,7
lasse mich nicht aus der Ruhe bringen	2	4,3	4,7	81,4
habe schon früher viele schwierige Situationen bewältigt	2	4,3	4,7	86,0
kann mich (eigentlich) gut durchsetzen	2	4,3	4,7	90,7
bin sehr zuverlässig	1	2,2	2,3	93,0
lasse mich nicht aus der Ruhe bringen	2	4,3	4,7	97,7
innere Stärke	1	2,2	2,3	100,0
Fehlende Werte	3	6,5		
<b>Gesamt</b>	<b>43</b>	<b>93,5</b>	<b>100,0</b>	

#### V.8.4 Einstellung der Patienten und Partner zu Forderungen

Tabelle 177: Vielleicht müsste Partner mehr Forderungen stellen (Patientenaussage)

Patient (n=46)		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<b>Männer (n=12)</b>	Anzahl	8	2	1	1
	%Geschlecht	66,7%	16,7%	8,3%	8,3%
	%Gesamt	17,4%	4,3%	2,2%	2,2%
<b>Frauen (n=34)</b>	Anzahl	13	8	8	5
	%Geschlecht	38,2%	23,5%	23,5%	14,7%
	%Gesamt	28,3%	17,4%	17,4%	10,9%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	21	10	9	6
	%Gesamt	45,7%	21,7%	19,6%	13,0%

Chi<sup>2</sup>= ,379

Tabelle 178: Vielleicht müsste ich mehr Forderungen an Partner\* stellen (Partnernaussage)

Partner (n=46)		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<b>Männer (n=34)</b>	Anzahl	3	10	13	8
	%Geschlecht	8,8%	29,4%	38,2%	23,5%
	%Gesamt	6,5%	21,7%	28,3%	17,4%
<b>Frauen (n=12)</b>	Anzahl	1	5	4	2
	%Geschlecht	8,3%	41,7%	33,3%	16,7%
	%Gesamt	2,2%	10,9%	8,7%	4,3%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	4	15	17	10
	%Gesamt	8,7%	32,6%	37,0%	21,7%

$\chi^2 = ,882$  / \*Partner ist in diesem Fall der Patient

Die Einstellung zur Wirksamkeit von Forderungen wurde von Patienten und Partnern auf einer vierfach gestuften Skala (trifft sehr zu=4, trifft etwas zu=3, trifft kaum zu=2, trifft nicht zu=1) eingeschätzt. Erwartungsgemäß wird die Wirksamkeit und der Einsatz von Forderungen gegenüber dem Patienten von den Partnern höher eingeschätzt (mittlere Rangsumme: 55,36) als von den Patienten (mittlere Rangsumme: 37,64) und unterscheiden sich signifikant ( $p = ,001$ ; U-Test von Mann & Whitney, keine Normalverteilung).

### V.8.5 Einstellungen und Erfahrungen zu Psychotherapie und Beratung

Tabelle 179: „Ich habe bereits Beratungsangebote in Anspruch genommen.“ (Patienten)

Patient (n=46)		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu	Gesamt
<b>Männer (n=12)</b>	Anzahl	5	0	3	4	12
	%Geschlecht	41,7%	,0%	25,0%	33,3%	100,0%
	%Gesamt	10,9%	,0%	6,5%	8,7%	26,1%
<b>Frauen (n=34)</b>	Anzahl	7	5	3	19	34
	%Geschlecht	20,6%	14,7%	8,8%	55,9%	100,0%
	%Gesamt	15,2%	10,9%	6,5%	41,3%	73,9%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	12	5	6	23	46
	%Gesamt	26,1%	10,9%	13,0%	50,0%	100,0%

Tabelle 180: „Ich habe bereits Beratungsangebote in Anspruch genommen.“ (Partner)

Partner (n=46)		trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu	Gesamt
<b>Männer (n=34)</b>	Anzahl	28	-	5	1	34
	%Geschlecht	82,4%	-	14,7%	2,9%	100,0%
	%Gesamt	60,9%	-	10,9%	2,2%	73,9%
<b>Frauen (n=12)</b>	Anzahl	9	-	1	2	12
	%Geschlecht	75,0%	-	8,3%	16,7%	100,0%
	%Gesamt	19,6%	-	2,2%	4,3%	26,1%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	37	-	6	3	46
	%Gesamt	80,4%	-	13,0%	6,5%	100,0%

Patienten- und Partnerstichprobe unterscheiden sich in der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten signifikant (U-Test nach Mann & Whitney:  $p = ,000$ ). Die mittlere Rangsumme beträgt bei der Patientenstichprobe 59,82, bei der Partnerstichprobe 33,18. Zur Überprü-

fung der geschlechtsspezifischen Unterschiede wurde nonparametrisch getestet: Bei den Patienten ergeben sich unterschiedliche mittlere Rangsummen (männlich: 19,50; weiblich: 24,91), deren Unterschied sich jedoch nicht statistisch sichern lässt ( $p = ,194$ ). Bei den Partnern zeigen sich geringe Unterschiede in den mittleren Rangsummen (männlich: 22,93; weiblich: 25,13), die sich nicht signifikant unterscheiden ( $p = ,480$ ). Patienten- und Partnerstichprobe unterscheiden sich in der Beurteilung der Psychotherapie zur Krankheitsbewältigung nicht signifikant (U-Test nach Mann & Whitney:  $p = ,090$ ). Die mittlere Rangsumme beträgt bei der Patientenstichprobe 51,09, bei der Partnerstichprobe 41,91.

**Tabelle 181: „Psychotherapie halte ich persönlich zur Krankheitsbewältigung für hilfreich.“**

Patient (n=46)		weiss nicht	nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich
<b>Männer (n=12)</b>	Anzahl	1	0	1	3	7
	%Geschlecht	8,3%	,0%	8,3%	25,0%	58,3%
	%Gesamt	2,2%	,0%	2,2%	6,5%	15,2%
<b>Frauen (n=34)</b>	Anzahl	2	5	10	9	8
	%Geschlecht	5,9%	14,7%	29,4%	26,5%	23,5%
	%Gesamt	4,3%	10,9%	21,7%	19,6%	17,4%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	3	5	11	12	15
	%Gesamt	6,5%	10,9%	23,9%	26,1%	32,6%
Partner (n=46)		weiss nicht	nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich
<b>Männer (n=34)</b>	Anzahl	12	2	9	5	6
	%Geschlecht	35,3%	5,9%	26,5%	14,7%	17,6%
	%Gesamt	26,1%	4,3%	19,6%	10,9%	13,0%
<b>Frauen (n=12)</b>	Anzahl	0	1	3	1	7
	%Geschlecht	,0%	8,3%	25,0%	8,3%	58,3%
	%Gesamt	,0%	2,2%	6,5%	2,2%	15,2%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	12	3	12	6	13
	%Gesamt	26,1%	6,5%	26,1%	13,0%	28,3%

Bei der Beurteilung der Psychotherapie zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede sowohl innerhalb der Patientenstichprobe (mittlere Rangsummen: männlich: 30,46; weiblich: 21,04;  $p = ,031$ ) als auch in der Partnerstichprobe (mittlere Rangsumme: männlich: 20,35; weiblich: 32,42;  $p = ,006$ ).

**Tabelle 182: „Wie hilfreich ist/war Ihre ambulante Psychotherapie (Patientenstichprobe)“**

Patient (n=46)		sehr hilfreich	hilf- reich	nicht hilf- reich	etwas hilf- reich	gar nicht hilf- reich	kenne mich nicht aus	weiss noch nicht
<b>Männer (n=12)</b>	Anzahl	0	3	2	1	0	2	4
	%sex	,0%	25,0%	16,7%	8,3%	,0%	16,7%	33,3%
	%Ges.	,0%	6,5%	4,3%	2,2%	,0%	4,3%	8,7%
<b>Frauen (n=34)</b>	Anzahl	2	3	7	6	3	7	6
	%sex	5,9%	8,8%	20,6%	17,6%	8,8%	20,6%	17,6%
	%Ges.	4,3%	6,5%	15,2%	13,0%	6,5%	15,2%	13,0%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	2	6	9	7	3	9	10
	%Ges.	4,3%	13,0%	19,6%	15,2%	6,5%	19,6%	21,7%

Tabelle 183: „Wie hilfreich ist/war Ihre ambulante Psychotherapie (Partnerstichprobe)

Partner (n=46)		sehr hilf- reich	hilf- reich	nicht hilf- reich	etwas hilf- reich	gar nicht hilf- reich	kenne mich nicht aus	weiss noch nicht
<b>Männer (n=34)</b>	Anzahl	2	1	3	3	-	19	1
	%sex	6,9%	3,4%	10,3%	10,3%	-	65,5%	3,4%
	%Ges.	4,9%	2,4%	7,3%	7,3%	-	46,3%	2,4%
<b>Frauen (n=12)</b>	Anzahl	2	2	3	3	-	2	0
	%sex	16,7%	16,7%	25,0%	25,0%	-	16,7%	,0%
	%Ges.	4,9%	4,9%	7,3%	7,3%	-	4,9%	,0%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	4	3	6	6	-	21	1
	%Ges.	9,8%	7,3%	14,6%	14,6%	-	51,2%	2,4%

Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen und Geschlechtern.

Tabelle 184: Kritik an der Psychotherapie (Patientenstichprobe)

Patienten (N=46)	Häufig- keit	Pro- zent	Gültige Prozent	Kumulat. Prozent
kalt und direkt	1	2,2	2,4	2,4
zu fordernd	1	2,2	2,4	4,9
als selbst hilfebedürftig empfunden	2	4,3	4,9	9,8
Missverständnisse	1	2,2	2,4	12,2
Vereinbarungen selbst nicht eingehalten	1	2,2	2,4	14,6
stur "nach Plan" gestaltet	1	2,2	2,4	17,1
viele Vorschriften	1	2,2	2,4	19,5
zu wenig Einblick in Thematik	2	4,3	4,9	24,4
zu streng (abgebrochen)	1	2,2	2,4	26,8
zu lange Wartezeiten	1	2,2	2,4	29,3
wenig Zeit bei Neurologen/Psychiatern	1	2,2	2,4	31,7
zu direktiv und nach Buch	1	2,2	2,4	34,1
wie nach einem Buch abgearbeitet	1	2,2	2,4	36,6
haben bestimmt selbst Probleme	2	4,3	4,9	41,5
kann sich das gar nicht vorstellen	1	2,2	2,4	43,9
zu wenig an Alternativen interessiert	3	6,5	7,3	51,2
Angst vor Bevormundung	1	2,2	2,4	53,7
gibt Ratschläge wie meine Familie	1	2,2	2,4	56,1
kein Vertrauensverhältnis	1	2,2	2,4	58,5
muss mir sehr sympathisch sein	2	4,3	4,9	63,4
fühle mich schnell bevormundet und klein	2	4,3	4,9	68,3
vielleicht gibt es noch andere Verfahren	2	4,3	4,9	73,2
zu wenig Schutz und Information zum Rückfall	1	2,2	2,4	75,6
zu kurze Zeit	1	2,2	2,4	78,0
unterschiedliche Sprache (komme aus Polen)	1	2,2	2,4	80,5
Angst vor Schuldzuweisungen und Ablehnung durch Mann	2	4,3	4,9	85,4
kann es mir noch nicht richtig vorstellen	1	2,2	2,4	87,8
unsicher, ob es was bringt, geht mir nicht besser	1	2,2	2,4	90,2
würde gern meinen Mann mitnehmen, das geht aber nicht	3	6,5	7,3	97,6
denke, Heilpraktiker /alternative Methoden sind besser	1	2,2	2,4	100,0
Fehlende Werte	5	10,9		
<b>Gesamt</b>	<b>41</b>	<b>89,1</b>	<b>100,0</b>	



Tabelle 185: Kritik an der Psychotherapie (Partnerstichprobe)

Partner (N=46)	Häufig- keit	Pro- zent	Gültige Prozent	Kumulat. Prozent
wenig Information bekommen	3	6,5	9,4	9,4
"nette Gespräche"	1	2,2	3,1	12,5
viele Vorschriften	2	4,3	6,3	18,8
wollte unbedingt Trennung	1	2,2	3,1	21,9
weiss nicht, welcher Arzt zuständig ist	1	2,2	3,1	25,0
zu lange Wartezeiten	1	2,2	3,1	28,1
müsste wahrscheinlich sympathischer sein	1	2,2	3,1	31,3
Vorwürfe tun nicht gut	1	2,2	3,1	34,4
zu bevormundend erlebt	1	2,2	3,1	37,5
hat Schmerzen nicht geglaubt	1	2,2	3,1	40,6
kann sich das gar nicht vorstellen	1	2,2	3,1	43,8
zu wenig an Alternativen interessiert	3	6,5	9,4	53,1
ich bräuchte auch jemanden zum Reden	1	2,2	3,1	56,3
weiss zu wenig darüber	1	2,2	3,1	59,4
kümmern sich zu wenig um die Ursachen	1	2,2	3,1	62,5
wusste nicht, dass es ambulante Therapie gibt	2	4,3	6,3	68,8
weiss nicht, wie das funktioniert	2	4,3	6,3	75,0
ist nach dem Ende wieder in ein Loch gefallen	1	2,2	3,1	78,1
Angst, dass Psychologen mir die Schuld geben	2	4,3	6,3	84,4
weiss nicht, ob reden helfen kann	2	4,3	6,3	90,6
würde dann gern mit einbezogen werden	2	4,3	6,3	96,9
habe nicht viel Vertrauen, weil Therapeutin auch meinen Mann behandelt	1	2,2	3,1	100,0
Fehlende Werte	14	30,4		
<b>Gesamt</b>	<b>32</b>	<b>69,6</b>	<b>100,0</b>	

### V.8.6 Unterstützungsmarker

Es sollen Aussagen darüber getroffen werden, an welchem Verhalten oder Ausdruck Partner und andere Menschen erkennen, wie es dem Betroffenen geht und er möglicherweise Hilfe benötigt. Zudem soll geprüft werden, inwieweit die Patienten selbst einen Eindruck haben, wie und wodurch sie auf andere Menschen wirken.

Tabelle 186: Welches Verhalten veranlasst Sie zu unterstützen? Patienten: Erstnennung

<b>Patienten (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
viel weinen	10	21,7	21,7
man sieht es an meinem/ihrer Gesichtsausdruck	8	17,4	39,1
kaum zu merken	2	4,3	43,5
wenn ich nicht mehr rede	4	8,7	52,2
bin sehr gereizt	1	2,2	54,3
arbeite dann sehr viel	1	2,2	56,5
ziehe mich zurück	3	6,5	63,0
keine Lust etwas zu tun, empfindsamer, ärgerlich	1	2,2	65,2
Schmerzen	1	2,2	67,4
nonverbale Kommunikation	3	6,5	73,9
mehr Alkoholgenuss	2	4,3	78,3
viel schlafen	3	6,5	84,8
nichts	1	2,2	87,0
weinen und jammern	2	4,3	91,3
teile es offen mit	2	4,3	95,7
traurige Augen	1	2,2	97,8
schwierig, weil man es mir nicht ansieht	1	2,2	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 187: Welches Verhalten veranlasst Sie zu unterstützen? Patienten (Zweitnennung)

<b>Patienten (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Pro- zent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Stimme	4	8,7	10,3	10,3
Augenausdruck (Leere oder wässrig)	1	2,2	2,6	12,8
wenig schlafen	1	2,2	2,6	15,4
Gesichtsausdruck	1	2,2	2,6	17,9
große Aktivität	1	2,2	2,6	20,5
Trägheit und Gleichgültigkeit	1	2,2	2,6	23,1
versteinertes Gesicht	2	4,3	5,1	28,2
viel schlafen	4	8,7	10,3	38,5
bei Depression wird Stimme heller	1	2,2	2,6	41,0
weine heimlich	1	2,2	2,6	43,6
wenig essen	3	6,5	7,7	51,3
sage es vertrauten Personen	1	2,2	2,6	53,8
Vernachlässigung der Körperpflege	1	2,2	2,6	56,4
verberge Zustand vor anderen	1	2,2	2,6	59,0
sie kennt mich besser als ich mich selbst	3	6,5	7,7	66,7
ziehe mich zurück	1	2,2	2,6	69,2
auf der Couch liegen	2	4,3	5,1	74,4
Mutlosigkeit, keine Körperspannung	2	4,3	5,1	79,5
viel essen	2	4,3	5,1	84,6
bin extrem genervt	1	2,2	2,6	87,2
Rückzug oder viel Bewegung	1	2,2	2,6	89,7
ziehe mich noch mehr zurück als sonst	1	2,2	2,6	92,3
viel liegen statt Hausarbeit	2	4,3	5,1	97,4
mein erschöpfter Zustand im Vergleich zu sonst	1	2,2	2,6	100,0
Fehlende Werte	7	15,2		
<b>Gesamt</b>	<b>39</b>	<b>84,8</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 188: Welches Verhalten veranlasst Sie zu unterstützen? Partner: Erstnennung

<b>Partner (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
viel weinen	6	13,0	13,0
man sieht es an ihrem Gesichtsausdruck	2	4,3	17,4
Irrationalität	1	2,2	19,6
jammern	2	4,3	23,9
Apathie	1	2,2	26,1
kaum zu merken	1	2,2	28,3
viel liegen	1	2,2	30,4
mein Gefühl	3	6,5	37,0
plötzliche Stimmungsschwankungen	1	2,2	39,1
zittern	1	2,2	41,3
wenn sich Beziehung stark verschlechtert	1	2,2	43,5
andere Stimme	1	2,2	45,7
spricht wenig	2	4,3	50,0
isst kaum	1	2,2	52,2
ist sehr ärgerlich	1	2,2	54,3
keine Lust etwas zu tun, empfindsamer, ärgerlich	1	2,2	56,5
zieht sich zurück	4	8,7	65,2
distanziert sich, zieht sich zurück	1	2,2	67,4
schweigen (tagelang)	2	4,3	71,7
meine Pflicht als Ehefrau	1	2,2	73,9
sie lässt sich gehen	1	2,2	76,1
viel schlafen	2	4,3	80,4
ich weiss, was sie denkt	2	4,3	84,8
vernachlässigt Hausarbeiten	1	2,2	87,0
ist mit jeder Kleinigkeit unzufrieden	1	2,2	89,1
Worte	2	4,3	93,5
wirkt hilflos	2	4,3	97,8
ich muss nachfragen	1	2,2	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 189: Welches Verhalten veranlasst Sie zu unterstützen? (Partner: Zweitnennung)

Partner (Zweitnennung): N=46	Häufig- keit	Pro- zent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
Stimme	3	6,5	7,7	7,7
wenig schlafen	2	4,3	5,1	12,8
schwer zu merken	1	2,2	2,6	15,4
Gesichtsausdruck	3	6,5	7,7	23,1
große Aktivität	2	4,3	5,1	28,2
versteinertes Gesicht	1	2,2	2,6	30,8
viel schlafen	1	2,2	2,6	33,3
Fähigkeit	1	2,2	2,6	35,9
versteinertes Gesicht	4	8,7	10,3	46,2
Vernachlässigung der Körperpflege	1	2,2	2,6	48,7
weint viel	1	2,2	2,6	51,3
trauriger und gereizter Gesichtsausdruck	1	2,2	2,6	53,8
ständig fernsehen	2	4,3	5,1	59,0
hat Schmerzen	1	2,2	2,6	61,5
bestimmte Worte	3	6,5	7,7	69,2
kurze Gespräche	1	2,2	2,6	71,8
spricht kaum oder jammert	2	4,3	5,1	76,9
zickiges, abweisendes Gefühl	2	4,3	5,1	82,1
viel essen	1	2,2	2,6	84,6
wirkt ungepflegt	1	2,2	2,6	87,2
ist sehr verschlossen	2	4,3	5,1	92,3
Gestik, Mimik und hilfloses Verhalten	1	2,2	2,6	94,9
viel liegen statt Hausarbeit	1	2,2	2,6	97,4
wirkt gereizter als sonst	1	2,2	2,6	100,0
Fehlende Werte	7	15,2		
<b>Gesamt</b>	<b>39</b>	<b>84,8</b>	<b>100,0</b>	

## V.9 Welche Vorstellungen existieren bei Patienten und deren Partnern über Therapieziele und hilfreiche Maßnahmen?

### V.9.1 Kurzfristige Therapieziele der Patienten und Partner

**Tabelle 190: Kurzfristige Therapieziele von Patienten und Partnern (Erstnennung)**

(Zusammenfassung in Anlehnung an die Kategorien nach Flick, S.257-267)

Kurzfristige Therapieziele (Kreuztabelle)	Patienten (N=46)			Partner (N=46)			Gesamt	
	N	Prozent	% gesamt	N	Prozent	% gesamt	N	% gesamt
unspezifisch Gesundheit erlangen	1	2,2%	1,1%	8	17,4%	8,7%	9	9,8%
Körperliche Beschwerden bessern	4	8,7%	4,3%	0	,0%	,0%	4	4,3%
weniger grübeln	4	8,7%	4,3%	3	6,5%	3,3%	7	7,6%
Angst bewältigen	0	,0%	,0%	2	4,3%	2,2%	2	2,2%
Sucht beheben	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
(Alltags-) Probleme bewältigen	6	13,0%	6,5%	3	6,5%	3,3%	9	9,8%
Selbstvertrauen / ~akzeptanz erlangen	3	6,5%	3,3%	0	,0%	,0%	3	3,3%
mit sich in Einklang kommen	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
sich selbst erkennen	0	,0%	,0%	1	2,2%	1,1%	1	1,1%
Gefühle zulassen können	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
Lebensfreude erlangen	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
Schlaf verbessern	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
Kontaktfähigkeit verbessern	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
Arbeitsfähigkeit herstellen	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
Stabilisierung	2	4,3%	2,2%	7	15,2%	7,6%	9	9,8%
Medikament finden/wechseln	2	4,3%	2,2%	14	30,4%	15,2%	16	17,4%
Krankheitsursachen finden	2	4,3%	2,2%	1	2,2%	1,1%	3	3,3%
Schmerzen lindern	2	4,3%	2,2%	1	2,2%	1,1%	3	3,3%
Antrieb/Belastbarkeit steigern	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%	2	2,2%
Symptome reduzieren/ Stimmung verbessern	6	13,0%	6,5%	1	2,2%	1,1%	7	7,6%
Depression bewältigen	5	10,9%	5,4%	1	2,2%	1,1%	6	6,5%
Suizidgedanken reduzieren	0	,0%	,0%	2	4,3%	2,2%	2	2,2%
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>92</b>	<b>100,0%</b>

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Untersuchungsgruppe (%) sowie auf die Gesamtstichprobe (% ges.).

**Tabelle 191: Kurzfristige Therapieziele von Patienten (Erstnennung)**

(Zusammenfassung in Anlehnung an die Kategorien nach Flick, S.257-267)

Kurzfristige Therapieziele (Patienten)	Männer (N=12)			Frauen (N=34)		
	N	%	% gesamt	N	%	% gesamt
unspezifisch Gesundheit erlangen	0	,0%	,0%	1	2,9%	2,2%
Körperliche Beschwerden bessern	0	,0%	,0%	4	11,8%	8,7%
weniger grübeln	0	,0%	,0%	4	11,8%	8,7%
Angst bewältigen	-	-	-	-	-	-
Sucht beheben	1	8,3%	2,2%	0	,0%	,0%
(Alltags-) Probleme bewältigen	4	33,3%	8,7%	2	5,9%	4,3%
Selbstvertrauen / ~akzeptanz erlangen	0	,0%	,0%	3	8,8%	6,5%
mit sich in Einklang kommen	0	,0%	,0%	1	2,9%	2,2%
sich selbst erkennen	-	-	-	-	-	-
Gefühle zulassen können	0	,0%	,0%	1	2,9%	2,2%
Lebensfreude erlangen	0	,0%	,0%	1	2,9%	2,2%
Schlaf verbessern	1	8,3%	2,2%	0	,0%	,0%
Kontaktfähigkeit verbessern	0	,0%	,0%	1	2,9%	2,2%
Arbeitsfähigkeit herstellen	0	,0%	,0%	1	2,9%	2,2%
Stabilisierung	0	,0%	,0%	2	5,9%	4,3%
Medikament finden/wechseln	1	8,3%	2,2%	1	2,9%	2,2%
Krankheitsursachen finden	0	,0%	,0%	2	5,9%	4,3%
Schmerzen lindern	0	,0%	,0%	2	5,9%	4,3%
Antrieb/Belastbarkeit steigern	0	,0%	,0%	2	5,9%	4,3%
Symptome reduzieren/ Stimmung verbessern	2	16,7%	4,3%	4	11,8%	8,7%
Depression bewältigen	3	25,0%	6,5%	2	5,9%	4,3%
Suizidgedanken reduzieren	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>100,0%</b>	<b>26,1%</b>	<b>34</b>	<b>100,0%</b>	<b>73,9%</b>

Tabelle 192: Kurzfristige Therapieziele der Patienten (Erstnennung)

<b>Patienten (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Stabilisierung	2	4,3	4,3
weniger Grübeln	2	4,3	8,7
Medikamentenwechsel	2	4,3	13,0
Symptome mindern	5	10,9	23,9
körperliche Beschwerden mindern	4	8,7	32,6
Entlastung vom Alltag	1	2,2	34,8
Alltagsbewältigung	2	4,3	39,1
auf andere zugehen	1	2,2	41,3
Krankenrolle annehmen können	1	2,2	43,5
mit Erkrankung umgehen	1	2,2	45,7
Stimmung verbessern	1	2,2	47,8
Wünsche / eigene Bedürfnisse durchsetzen	1	2,2	50,0
Arbeitsfähigkeit herstellen	1	2,2	52,2
Ursachen feststellen	1	2,2	54,3
Selbstbewusstsein erhöhen	2	4,3	58,7
gesund werden	1	2,2	60,9
Depression bewältigen	3	6,5	67,4
von Depression und Alkohol wegkommen	1	2,2	69,6
weniger Schmerzen	2	4,3	73,9
Belastbarkeit steigern	1	2,2	76,1
Antrieb steigern	1	2,2	78,3
raus aus der Depression	2	4,3	82,6
Lebensgewohnheiten ändern	2	4,3	87,0
aus dem Loch rauskommen	1	2,2	89,1
wieder lachen können	1	2,2	91,3
besser schlafen können	1	2,2	93,5
Stimmungen kontrollieren können	1	2,2	95,7
Freude am Leben gewinnen	1	2,2	97,8
Erholung	1	2,2	100,0

Tabelle 193: Kurzfristige Therapieziele der Patienten (Zweitnennung)

Patienten (Zweitnennung): N=46	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
Selbstmordgedanken verringern	2	4,3	4,8	4,8
besser schlafen	2	4,3	4,8	9,5
Antrieb steigern	2	4,3	4,8	14,3
weniger grübeln	1	2,2	2,4	16,7
weniger weinen	1	2,2	2,4	19,0
richtige Medikamente finden	8	17,4	19,0	38,1
Freundschaften schließen	1	2,2	2,4	40,5
abgrenzen können	1	2,2	2,4	42,9
sicherer in Gruppen werden	1	2,2	2,4	45,2
geduldiger/ruhiger werden	1	2,2	2,4	47,6
Freiraum erkämpfen	1	2,2	2,4	50,0
Arbeitsfähigkeit herstellen	4	8,7	9,5	59,5
Schutz und Entlastung	1	2,2	2,4	61,9
Ruhe finden	1	2,2	2,4	64,3
Selbstvertrauen erhöhen	3	6,5	7,1	71,4
Stärke zurückgewinnen	2	4,3	4,8	76,2
körperliche Schmerzen mindern	1	2,2	2,4	78,6
weniger Lustlosigkeit	1	2,2	2,4	81,0
Selbstvertrauen steigern	1	2,2	2,4	83,3
in "Schwung" kommen	1	2,2	2,4	85,7
Freude wiedergewinnen	1	2,2	2,4	88,1
schnell wieder nach Hause	1	2,2	2,4	90,5
klar für mich werden und Ziele finden	2	4,3	4,8	95,2
zeitliche Begrenzung von Belastungen	2	4,3	4,8	100,0
Fehlende Werte	4	8,7		
<b>Gesamt</b>	<b>42</b>	<b>91,3</b>	<b>100,0</b>	



**Tabelle 194: Kurzfristige Therapieziele der Partner (Erstnennung)**

(Zusammenfassung in Anlehnung an die Kategorien nach Flick, S.257-267)

Kurzfristige Therapieziele (Partner) N=46	Männer (N=34)			Frauen (N=12)		
	N	%	%gesamt	N	%	%gesamt
unspezifisch Gesundheit erlangen	5	14,7%	10,9%	3	25,0%	6,5%
Körperliche Beschwerden bessern	-	-	-	-	-	-
weniger grübeln	3	8,8%	6,5%	0	,0%	,0%
Angst bewältigen	2	5,9%	4,3%	0	,0%	,0%
Sucht beheben	-	-	-	-	-	-
(Alltags-) Probleme bewältigen	0	,0%	,0%	3	25,0%	6,5%
Selbstvertrauen / ~akzeptanz erlangen	-	-	-	-	-	-
mit sich in Einklang kommen	0	,0%	,0%	1	8,3%	2,2%
sich selbst erkennen	0	,0%	,0%	1	8,3%	2,2%
Gefühle zulassen können	-	-	-	-	-	-
Lebensfreude erlangen	-	-	-	-	-	-
Schlaf verbessern	-	-	-	-	-	-
Kontaktfähigkeit verbessern	1	2,9%	2,2%	0	,0%	,0%
Arbeitsfähigkeit herstellen	-	-	-	-	-	-
Stabilisierung	6	17,6%	13,0%	1	8,3%	2,2%
Medikament finden/wechseln	12	35,3%	26,1%	2	16,7%	4,3%
Krankheitsursachen finden	1	2,9%	2,2%	0	,0%	,0%
Schmerzen lindern	1	2,9%	2,2%	0	,0%	,0%
Antrieb/Belastbarkeit steigern	-	-	-	-	-	-
Symptome reduzieren/ Stimmung verbessern	1	2,9%	2,2%	0	,0%	,0%
Depression bewältigen	0	,0%	,0%	1	8,3%	2,2%
Suizidgedanken reduzieren	2	5,9%	4,3%	0	,0%	,0%
<b>Gesamt</b>	<b>34</b>	<b>100,0%</b>	<b>73,9%</b>	<b>12</b>	<b>100,0%</b>	<b>26,1%</b>

Tabelle 195: Kurzfristige Therapieziele der Partner (Erstnennung)

<b>Partner (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Stabilisierung	6	13,0	13,0
weniger Grübeln	1	2,2	15,2
Medikamentenwechsel	1	2,2	17,4
Symptome mindern	1	2,2	19,6
positives Denken	1	2,2	21,7
richtige Medikamente finden	13	28,3	50,0
Ermütigung	1	2,2	52,2
sich wieder in den Griff kriegen	1	2,2	54,3
Stimmung verbessern	1	2,2	56,5
Besserung	3	6,5	63,0
Ursachen feststellen	1	2,2	65,2
allgemeines Wohlbefinden	2	4,3	69,6
Lebensenergie zurückgewinnen	3	6,5	76,1
zur Besinnung kommen	1	2,2	78,3
weniger Schmerzen	1	2,2	80,4
Angstattacken müssen verschwinden	1	2,2	82,6
Umgang mit anderen Menschen verbessern	2	4,3	87,0
Normalisierung der Lebensumstände	2	4,3	91,3
keine Suizidgedanken	2	4,3	95,7
den richtigen Weg zur Besserung finden	1	2,2	97,8
Probleme bewältigen können	1	2,2	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 196: Kurzfristige Therapieziele der Partner (Zweitnennung)

<b>Partner (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Auszeit nehmen	3	6,5	7,5	7,5
raus aus der Depression	1	2,2	2,5	10,0
besser schlafen	1	2,2	2,5	12,5
Antrieb steigern	1	2,2	2,5	15,0
weniger grübeln	1	2,2	2,5	17,5
körperliche Verbesserung	1	2,2	2,5	20,0
richtige Medikamente finden	5	10,9	12,5	32,5
zu sich selbst finden	1	2,2	2,5	35,0
Belastbarkeit steigern	1	2,2	2,5	37,5
Kraft schöpfen für Kindererziehung	1	2,2	2,5	40,0
Arbeitsfähigkeit herstellen	1	2,2	2,5	42,5
Verbesserung des Allgemeinzustandes	1	2,2	2,5	45,0
Ruhe finden	1	2,2	2,5	47,5
Verbitterung abstellen	1	2,2	2,5	50,0
körperliche Schmerzen mindern	5	10,9	12,5	62,5
Aktivität steigern	4	8,7	10,0	72,5
mit Kinderwunsch umgehen können	2	4,3	5,0	77,5
Erholung	2	4,3	5,0	82,5
neue Erkenntnisse gewinnen und umsetzen	2	4,3	5,0	87,5
weniger Ängste vor dem Leben	1	2,2	2,5	90,0
Stimmung soll sich aufklären	2	4,3	5,0	95,0
zur Ruhe kommen	2	4,3	5,0	100,0
Fehlende Werte	6	13,0		
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>87,0</b>	<b>100,0</b>	

## V.9.2 Langfristige Therapieziele der Patienten und Partner

**Tabelle 197: Langfristige Therapieziele von Patienten und Partnern (Kreuztabelle)**

(Zusammenfassung in Anlehnung an die Kategorien nach Flick, S.257-267)

Langfristige Therapieziele (Kreuztabelle)	Patienten (N=46)			Partner (N=46)			Gesamt	
	N	%	% ges.	N	%	% ges.	N	% ges.
besserer Umgang mit der Erkrankung	3	6,5%	3,3%	4	8,7%	4,3%	7	7,6%
Gelassenheit/Loslassen	3	6,5%	3,3%	2	4,3%	2,2%	5	5,4%
richtige Medikation	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
Krankheit besiegen / Heilung	5	10,9%	5,4%	4	8,7%	4,3%	9	9,8%
Selbstvertrauen/Selbstständigkeit erhöhen	10	21,7%	10,9%	14	30,4%	15,2%	24	26,1%
so werden wie früher	4	8,7%	4,3%	4	8,7%	4,3%	8	8,7%
Arbeitsfähigkeit erreichen/erhöhen	6	13,0%	6,5%	3	6,5%	3,3%	9	9,8%
Gefühle regulieren können	0	,0%	,0%	1	2,2%	1,1%	1	1,1%
Soziale Kompetenzen erhöhen	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%	2	2,2%
Stressresistenz	3	6,5%	3,3%	2	4,3%	2,2%	5	5,4%
Problembewältigung	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
Familiäre Situation verbessern	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
Rückfallvermeidung	0	,0%	,0%	3	6,5%	3,3%	3	3,3%
Ruhe	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
Ursachen finden	0	,0%	,0%	3	6,5%	3,3%	3	3,3%
Kinderwunsch	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%	2	2,2%
Belastbarkeit erhöhen	0	,0%	,0%	2	4,3%	2,2%	2	2,2%
Ziele finden	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%	2	2,2%
positive Lebenseinstellung	1	2,2%	1,1%	1	2,2%	1,1%	2	2,2%
Ansprüche verringern	0	,0%	,0%	1	2,2%	1,1%	1	1,1%
Schuldgefühle abbauen	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%	1	1,1%
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>50,0%</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>50,0%</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Untersuchungsgruppe (%) sowie auf die Gesamtstichprobe (% ges.).

**Tabelle 198: Langfristige Ziele der Patienten (Erstnennung)**

(Zusammenfassung in Anlehnung an die Kategorien nach Flick, S.257-267)

Langfristige Therapieziele (Patienten)	Männer (N=12)			Frauen (N=34)		
	N	%	% gesamt	N	%	% gesamt
besserer Umgang mit der Erkrankung	2	16,7%	4,3%	1	2,9%	2,2%
Gelassenheit/Loslassen	1	8,3%	2,2%	2	5,9%	4,3%
richtige Medikation	1	8,3%	2,2%	0	,0%	,0%
Krankheit besiegen/Heilung	2	16,7%	4,3%	3	8,8%	6,5%
Selbstvertrauen/Selbstständigkeit erhöhen	0	,0%	,0%	10	29,4%	21,7%
so werden wie früher	3	25,0%	6,5%	1	2,9%	2,2%
Arbeitsfähigkeit erreichen/erhöhen	1	8,3%	2,2%	5	14,7%	10,9%
Gefühle regulieren können	-	-	-	-	-	-
Soziale Kompetenzen erhöhen	0	,0%	,0%	2	5,9%	4,3%
Stressresistenz	1	8,3%	2,2%	2	5,9%	4,3%
Problembewältigung	1	8,3%	2,2%	0	,0%	,0%
Familiäre Situation verbessern	0	,0%	,0%	1	2,9%	2,2%
Rückfallvermeidung	-	-	-	-	-	-
Ruhe	0	,0%	,0%	1	2,9%	2,2%
Ursachen finden	-	-	-	-	-	-
Kinderwunsch	0	,0%	,0%	2	5,9%	4,3%
Belastbarkeit erhöhen	-	-	-	-	-	-
Ziele finden	0	,0%	,0%	2	5,9%	4,3%
positive Lebenseinstellung	0	,0%	,0%	1	2,9%	2,2%
Ansprüche verringern	-	-	-	-	-	-
Schuldgefühle abbauen	0	,0%	,0%	1	2,9%	2,2%
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>100,0%</b>	<b>26,1%</b>	<b>34</b>	<b>100,0%</b>	<b>73,9%</b>

**Tabelle 199: Langfristige Ziele der Partner (Erstnennung)**

(Zusammenfassung in Anlehnung an die Kategorien nach Flick, S.257-267)

Langfristige Therapieziele (Partner)	Männer (N=34)			Frauen (N=12)		
	N	%	% gesamt	N	%	% gesamt
besserer Umgang mit der Erkrankung	4	11,8%	8,7%	0	,0%	,0%
Gelassenheit/Loslassen	1	2,9%	2,2%	1	8,3%	2,2%
richtige Medikation	1	2,9%	2,2%	0	,0%	,0%
Krankheit besiegen/Heilung	2	5,9%	4,3%	2	16,7%	4,3%
Selbstvertrauen/Selbstständigkeit erhöhen	12	35,3%	26,1%	2	16,7%	4,3%
so werden wie früher	3	8,8%	6,5%	1	8,3%	2,2%
Arbeitsfähigkeit erreichen / erhöhen	2	5,9%	4,3%	1	8,3%	2,2%
Gefühle regulieren können	1	2,9%	2,2%	0	,0%	,0%
Soziale Kompetenzen erhöhen	-	-	-	-	-	-
Stressresistenz	1	2,9%	2,2%	1	8,3%	2,2%
Problembewältigung	1	2,9%	2,2%	0	,0%	,0%
Familiäre Situation verbessern	-	-	-	-	-	-
Rückfallvermeidung	0	,0%	,0%	3	25,0%	6,5%
Ruhe	-	-	-	-	-	-
Ursachen finden	2	5,9%	4,3%	1	8,3%	2,2%
Kinderwunsch	-	-	-	-	-	-
Belastbarkeit erhöhen	2	5,9%	4,3%	0	,0%	,0%
Ziele finden	-	-	-	-	-	-
positive Lebenseinstellung	1	2,9%	2,2%	0	,0%	,0%
Ansprüche verringern	1	2,9%	2,2%	0	,0%	,0%
Schuldgefühle abbauen	-	-	-	-	-	-

Tabelle 200: Langfristige Therapieziele der Patienten (Erstnennung)

<b>Patienten (Erstnennung: N=46)</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
anderer Umgang mit der Erkrankung	3	6,5	6,5
dass mich nicht alles umhaut	1	2,2	8,7
richtige Medikation	1	2,2	10,9
Krankheit besiegen	1	2,2	13,0
höheres Selbstvertrauen	5	10,9	23,9
wieder so werden wie früher	4	8,7	32,6
Arbeitsfähigkeit	4	8,7	41,3
Selbstständigkeit erhöhen	1	2,2	43,5
Selbstwertgefühl erhöhen	2	4,3	47,8
Nein-sagen können	1	2,2	50,0
Selbstbeherrschung	1	2,2	52,2
wieder mehr zuhause schaffen	1	2,2	54,3
anderer Arbeitsplatz	1	2,2	56,5
möchte allein klarkommen	2	4,3	60,9
Familie zusammenhalten	1	2,2	63,0
Hülle soll platzen	1	2,2	65,2
von den Problemen wegkommen	1	2,2	67,4
mehr Ruhe	1	2,2	69,6
möchte unbedingt Kinder haben	2	4,3	73,9
Ziele finden	2	4,3	78,3
Heilung	2	4,3	82,6
es soll mir wieder gut gehen	1	2,2	84,8
sich wieder freuen können	1	2,2	87,0
Gelassenheit erlernen	2	4,3	91,3
Schuldgefühle abbauen	1	2,2	93,5
Stabilität erreichen	2	4,3	97,8
Wünsche äußern zu können	1	2,2	100,0

Tabelle 201: Langfristige Therapieziele der Patienten (Zweitnennung)

<b>Patienten (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
mit Therapeuten zurechtkommen	1	2,2	2,3	2,3
Alltag bewältigen können	1	2,2	2,3	4,7
Depression überwinden	1	2,2	2,3	7,0
Entscheidung treffen können	2	4,3	4,7	11,6
Selbstwertgefühl/-vertrauen	5	10,9	11,6	23,3
Arbeitsfähigkeit	2	4,3	4,7	27,9
Leben genießen können	2	4,3	4,7	32,6
Selbstzweifel verringern	1	2,2	2,3	34,9
Angstbewältigung	5	10,9	11,6	46,5
Kräfte einteilen können	1	2,2	2,3	48,8
Geduld lernen	2	4,3	4,7	53,5
mich weniger anstrengen lernen	1	2,2	2,3	55,8
nicht alles gefallen lassen	1	2,2	2,3	58,1
Belastungsfähigkeit steigern	4	8,7	9,3	67,4
möchte alles allein schaffen	2	4,3	4,7	72,1
Fassade soll aufreißen	1	2,2	2,3	74,4
Stabilität	2	4,3	4,7	79,1
zu alter Stärke finden	2	4,3	4,7	83,7
eine gute Psychologin finden	1	2,2	2,3	86,0
mehr Sicherheit	2	4,3	4,7	90,7
Wahrnehmung verbessern	1	2,2	2,3	93,0
Familienzusammenhalt	1	2,2	2,3	95,3
mehr Spaß haben	2	4,3	4,7	100,0
Gesamt	43	93,5	100,0	
Fehlende Werte	3	6,5		



Tabelle 202: Langfristige Therapieziele der Partner (Erstnennung)

<b>Partner (Erstnennung) N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
anderer Umgang mit der Erkrankung	2	4,3	4,3
loslassen können	1	2,2	6,5
richtige Medikation	1	2,2	8,7
Krankheit besiegen	1	2,2	10,9
höheres Selbstvertrauen	10	21,7	32,6
wieder so werden wie früher	3	6,5	39,1
Arbeitsfähigkeit	2	4,3	43,5
Normalisierung	1	2,2	45,7
Selbstwertgefühl erhöhen	3	6,5	52,2
Stressresistenz	1	2,2	54,3
Lebensbewältigung	1	2,2	56,5
wieder mehr zuhause schaffen	1	2,2	58,7
mehr Offenheit	1	2,2	60,9
besserer Umgang mit Erkrankung	2	4,3	65,2
keine Rückfälle	3	6,5	71,7
wieder eigenverantwortliches Leben führen	1	2,2	73,9
vielleicht tiefenpsychologische Behandlung (Kindheit)	2	4,3	78,3
Belastbarkeit steigern	2	4,3	82,6
Heilung	3	6,5	89,1
positive Lebenseinstellung	1	2,2	91,3
Ansprüche an sich und andere herunterschrauben	1	2,2	93,5
Stabilität erreichen	1	2,2	95,7
professionelle Tipps, um gesund zu werden	1	2,2	97,8
ein zufriedener Mensch werden	1	2,2	100,0

Tabelle 203: Langfristige Therapieziele der Partner (Zweitnennung)

<b>Partner (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
mit Therapeuten zurechtkommen	2	4,3	5,9	5,9
Alltag bewältigen können	7	15,2	20,6	26,5
Entscheidung treffen können	1	2,2	2,9	29,4
Selbstwertgefühl/-vertrauen	3	6,5	8,8	38,2
Arbeitsfähigkeit	3	6,5	8,8	47,1
mit Druck umgehen lernen	1	2,2	2,9	50,0
Selbstzweifel verringern	1	2,2	2,9	52,9
Rente	1	2,2	2,9	55,9
Beziehungsverbesserung	1	2,2	2,9	58,8
mehr Mut zum Leben	3	6,5	8,8	67,6
Kommunikation verbessern	2	4,3	5,9	73,5
Stabilität	1	2,2	2,9	76,5
Therapie mit Alternativmethoden	3	6,5	8,8	85,3
familiäre Problematik bewältigen	2	4,3	5,9	91,2
sich besser bei Chef durchsetzen	2	4,3	5,9	97,1
Krankheit beseitigen	1	2,2	2,9	100,0
Gesamt	34	73,9	100,0	
Fehlende Werte	12	26,1		

Drittnennungen befinden sich in den Tabellen C.9.1 und C.9.2 (Anhang).

### V.9.3 Hilfreicher und weniger hilfreicher Umgang mit der Erkrankung

Tabelle 204: Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen? (Patienten – Erstnennung)

Patienten (Erstnennung): N=46	Häufig- keit	Prozent	Kumulative Prozent
weiss nicht	1	2,2	2,2
Tagebuch	1	2,2	4,3
viel darüber lesen	1	2,2	6,5
Sport	5	10,9	17,4
kann nichts tun	2	4,3	21,7
mich auf meinen Alltag konzentrieren	1	2,2	23,9
viel malen	1	2,2	26,1
Ablenkung mit Arbeit/viel arbeiten	1	2,2	28,3
Medikamente nehmen trotz Ablehnung	3	6,5	34,8
lange Spaziergänge	3	6,5	41,3
Gespräche	1	2,2	43,5
Ruhe	2	4,3	47,8
Hund (Kamerad)	1	2,2	50,0
Alleinsein	1	2,2	52,2
ablenken	2	4,3	56,5
Gespräche mit Familie	2	4,3	60,9
mehr Abwechslung	1	2,2	63,0
mich zu zwingen, Ruhe zu bewahren	1	2,2	65,2
Atemtechniken	3	6,5	71,7
Gespräche mit Patienten	2	4,3	76,1
Musik hören	1	2,2	78,3
Natur	2	4,3	82,6
Hausarbeit	2	4,3	87,0
Partnerin in Behandlung einbeziehen	2	4,3	91,3
reiten	2	4,3	95,7
Gespräche mit medizinischem Personal	1	2,2	97,8
versuche, Druck abzubauen	1	2,2	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 205: Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen? (Patienten – Zweitnennung)

Patienten (Zweitnennung): N=46	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
Therapie	1	2,2	2,4	2,4
Gespräche	1	2,2	2,4	4,9
Internet	1	2,2	2,4	7,3
Kontakt zu Eltern	1	2,2	2,4	9,8
basteln	4	8,7	9,8	19,5
Musik	1	2,2	2,4	22,0
Alleinsein	1	2,2	2,4	24,4
Buch für Fragen des Kindes zu Erkrankung	1	2,2	2,4	26,8
Ruhe	1	2,2	2,4	29,3
aktiv sein	2	4,3	4,9	34,1
Mitarbeit an Befragung	4	8,7	9,8	43,9
Zeichnen als Hobby	2	4,3	4,9	48,8
auf mein Äußeres achten	2	4,3	4,9	53,7
Schmerztherapie	1	2,2	2,4	56,1
Entspannungstechniken	3	6,5	7,3	63,4
in der Natur sein	3	6,5	7,3	70,7
Gartenarbeit	4	8,7	9,8	80,5
schwimmen	1	2,2	2,4	82,9
viel schlafen	1	2,2	2,4	85,4
jemand, der sagt: Du schaffst das	1	2,2	2,4	87,8
Sport	1	2,2	2,4	90,2
Ergotherapie	1	2,2	2,4	92,7
Filme, wo Menschen Schwieriges meistern	2	4,3	4,9	97,6
versuche, Dinge zu relativieren	1	2,2	2,4	100,0
Fehlende Werte	5	10,9		
<b>Gesamt</b>	<b>41</b>	<b>89,1</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 206: Was hat Ihnen bisher *nicht* geholfen? (Patienten – Erstnennung)

<b>Patienten (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Kuraufenthalt	1	2,2	2,3	2,3
Paartherapie	4	8,7	9,3	11,6
Gespräche mit Partnerin/Partner	3	6,5	7,0	18,6
viel auf einmal erledigen wollen	1	2,2	2,3	20,9
gemeinsamer Urlaub	1	2,2	2,3	23,3
Ratschläge	3	6,5	7,0	30,2
Alkohol	10	21,7	23,3	53,5
Johanniskraut	1	2,2	2,3	55,8
Aktivitäten	1	2,2	2,3	58,1
wenn Menschen sich nicht auskennen und Meinung äußern	1	2,2	2,3	60,5
Vorschläge (machen)	2	4,3	4,7	65,1
alleinige Schulmedizin	3	6,5	7,0	72,1
Arztgespräche mit Partner	2	4,3	4,7	76,7
Weight Watchers	2	4,3	4,7	81,4
Aufforderungen, Bücher zu lesen, die Partnerin was geben	2	4,3	4,7	86,0
Tagespläne machen	1	2,2	2,3	88,4
immer für andere da sein	2	4,3	4,7	93,0
Selbsthilfegruppe ohne Anleitung	2	4,3	4,7	97,7
Yoga	1	2,2	2,3	100,0
Gesamt	43	93,5	100,0	
Fehlende Werte	3	6,5		

Tabelle 207: Was hat Ihnen bisher *nicht* geholfen? (Patienten – Zweitnennung)

<b>Patienten (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Alkohol	4	8,7	13,3	13,3
Lichttherapielampe	2	4,3	6,7	20,0
Gespräche mit Psychologen	1	2,2	3,3	23,3
gemeinsame Arztgespräche	3	6,5	10,0	33,3
noch mehr arbeiten	8	17,4	26,7	60,0
Beruhigungsmittel	3	6,5	10,0	70,0
lange Warteliste bei Psychologen	1	2,2	3,3	73,3
Bücher (zu unverständlich / kompliziert)	2	4,3	6,7	80,0
selbst Partner die Erkrankung erklären	1	2,2	3,3	83,3
Raiki	1	2,2	3,3	86,7
mit Familie darüber sprechen	1	2,2	3,3	90,0
Schlaftabletten	1	2,2	3,3	93,3
Meinung des Partners: "ich lebe es dir vor, du musst es nur nachmachen	1	2,2	3,3	96,7
gemeinsame Heilpraktikerin	1	2,2	3,3	100,0
Fehlende Werte	16	34,8		
<b>Gesamt</b>	<b>30</b>	<b>65,2</b>	<b>100,0</b>	

Drittnennungen befinden sich in den Tabellen 9.3 und 9.4 (Anhang).

Tabelle 208: Was hat Ihnen bisher *nicht* geholfen? (Patienten – Drittnennung)

<b>Patienten (Drittnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Selbsthilfegruppe	3	6,5	10,3	10,3
Alkohol	3	6,5	10,3	20,7
Schlafentzug	1	2,2	3,4	24,1
zu allgemeine Informationen	2	4,3	6,9	31,0
Gespräche mit Leuten, die Krankheit nicht kennen	6	13,0	20,7	51,7
Beruhigungsmittel	1	2,2	3,4	55,2
essen	4	8,7	13,8	69,0
Psychotherapeutin (muss sympathisch sein)	2	4,3	6,9	75,9
gemeinsame Arztgespräche	2	4,3	6,9	82,8
Johanniskraut	1	2,2	3,4	86,2
gemeinsamer Urlaub	1	2,2	3,4	89,7
mit niemandem darüber geredet	2	4,3	6,9	96,6
Vorwürfe und Beschimpfungen als Simulant	1	2,2	3,4	100,0
Gesamt	29	63,0	100,0	
Fehlende Werte	17	37,0		

Tabelle 209: Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen? (Partner – Erstnennung)

<b>Partner (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Tagebuch	1	2,2	2,2
Sport	1	2,2	4,3
kann nichts tun	1	2,2	6,5
Gespräche mit PartnerIn	1	2,2	8,7
viel mit Freunden unternehmen	1	2,2	10,9
mich auf meinen Alltag konzentrieren	2	4,3	15,2
Ablenkung mit Arbeit / viel arbeiten	11	23,9	39,1
verdrängen	1	2,2	41,3
lange Spaziergänge	1	2,2	43,5
Sonntagsvorlesungen besuchen	1	2,2	45,7
mich um Kind kümmern	2	4,3	50,0
täglich eine halbe Stunde für eigene Interessen	1	2,2	52,2
alles organisieren	2	4,3	56,5
etwas Distanz herstellen	1	2,2	58,7
Gespräche mit Tochter	1	2,2	60,9
um mich kümmern, wenn Hilfe abgelehnt wird	2	4,3	65,2
Fünf-Tibeter-Übungen täglich	3	6,5	71,7
Psychotherapie	1	2,2	73,9
wenig	1	2,2	76,1
kümmere mich intensiv um meine Frau	2	4,3	80,4
eine zuverlässige Partnerin sein	2	4,3	84,8
mich heraushalten	1	2,2	87,0
arbeite am Hausbau	1	2,2	89,1
Gespräche mit medizinischem Personal	1	2,2	91,3
sage mir: "Ich kann es nicht ändern"	1	2,2	93,5
mit anderen Patienten gesprochen	2	4,3	97,8
mich bewusst damit beschäftigen	1	2,2	100,0

Tabelle 210: Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen? (Partner – Zweitnennung)

Partner (Zweitnennung): N=46	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
Gespräche	4	8,7	10,0	10,0
Internet	1	2,2	2,5	12,5
mich auf meine Arbeit konzentrieren	4	8,7	10,0	22,5
mich mit Freunden treffen	3	6,5	7,5	30,0
Kontakt zu Eltern	1	2,2	2,5	32,5
PartnerIn oft besuchen	1	2,2	2,5	35,0
weniger Kontakt	1	2,2	2,5	37,5
Musik	1	2,2	2,5	40,0
Schleudertraumagruppe	1	2,2	2,5	42,5
Halt in Familie	2	4,3	5,0	47,5
gebe finanzielle Unterstützung	2	4,3	5,0	52,5
mit Arbeitskollegen treffen	4	8,7	10,0	62,5
an eigener Genesung arbeiten	1	2,2	2,5	65,0
gehe meinen Interessen nach	2	4,3	5,0	70,0
mit Partnerin und Arzt sprechen	1	2,2	2,5	72,5
nehme natürliche Vitalstoffe ein	3	6,5	7,5	80,0
Versuch zu verzeihen	1	2,2	2,5	82,5
mich um mein Kind kümmern	4	8,7	10,0	92,5
meine Frau oft besuchen	1	2,2	2,5	95,0
mich mehr um mich selbst kümmern	1	2,2	2,5	97,5
überlegen, was ich verbessern kann	1	2,2	2,5	100,0
Fehlende Werte	6	13,0		
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>87,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 211: Was hat Ihnen bisher *nicht* geholfen? (Partner – Erstnennung)

Partner (Erstnennung): N=46	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
Paartherapie	2	4,3	4,5	4,5
Argumentieren	1	2,2	2,3	6,8
Gespräche mit Partnerin/Partner	11	23,9	25,0	31,8
sich zu viele Gedanken machen	1	2,2	2,3	34,1
Forderungen stellen	1	2,2	2,3	36,4
Ratschläge	4	8,7	9,1	45,5
Beruhigungsmittel	1	2,2	2,3	47,7
Alkohol	6	13,0	13,6	61,4
Hamburger Modell	1	2,2	2,3	63,6
Psychotherapie	2	4,3	4,5	68,2
Vorwürfe	1	2,2	2,3	70,5
Vorschläge (machen)	2	4,3	4,5	75,0
alleinige Schulmedizin	4	8,7	9,1	84,1
sie aufmuntern	1	2,2	2,3	86,4
weiss nicht	1	2,2	2,3	88,6
Weight Watchers	2	4,3	4,5	93,2
Mitleid	2	4,3	4,5	97,7
leben wie bisher	1	2,2	2,3	100,0
Fehlende Werte	2	4,3		
<b>Gesamt</b>	<b>44</b>	<b>95,7</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 212: Was hat Ihnen bisher *nicht* geholfen? (Partner – Zweitnennung)

Partner (Zweitnennung): N=46	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
Alkohol	6	13,0	17,6	17,6
Streitgespräche	2	4,3	5,9	23,5
bisherige Medikation	1	2,2	2,9	26,5
Gespräche mit Psychologen	1	2,2	2,9	29,4
gemeinsame Arztgespräche	3	6,5	8,8	38,2
Bevormundung von Therapeuten	3	6,5	8,8	47,1
Gespräche	2	4,3	5,9	52,9
noch mehr arbeiten	3	6,5	8,8	61,8
eine Arbeit für sie finden	3	6,5	8,8	70,6
ihn überreden wollen	2	4,3	5,9	76,5
ihr sehr viele Aufgaben abnehmen	1	2,2	2,9	79,4
Urlaub machen	1	2,2	2,9	82,4
aus meiner Erfahrung erzählen	1	2,2	2,9	85,3
Vorschläge unterbreiten	1	2,2	2,9	88,2
Aufmunterungen	2	4,3	5,9	94,1
wütend sein und sich aufregen	1	2,2	2,9	97,1
ihm Vorschläge unterbreiten	1	2,2	2,9	100,0
Fehlende Werte	12	26,1		
<b>Gesamt</b>	<b>34</b>	<b>73,9</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 213: Was hat Ihnen bisher *nicht* geholfen? (Partner – Drittnennung)

Partner (Drittnennung): N=46	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
ihn / sie kontrollieren	1	2,2	5,3	5,3
Selbsthilfegruppe	1	2,2	5,3	10,5
Alkohol	3	6,5	15,8	26,3
Forderungen stellen	3	6,5	15,8	42,1
zu allgemeine Informationen	1	2,2	5,3	47,4
Gespräche mit Leuten, die Krankheit nicht kennen	2	4,3	10,5	57,9
Vorschläge wurden als Vorwurf gesehen	4	8,7	21,1	78,9
ihn überzeugen wollen	3	6,5	15,8	94,7
Paargespräche bei Heilpraktikerin	1	2,2	5,3	100,0
Fehlende Werte	27	58,7		
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>41,3</b>	<b>100,0</b>	

Weitere Aussagen der Teilnehmer dazu, was der Partner mehr tun sollte (Fragestellung 9.4), befinden sich für die Patienten in den Tabellen 9.5 und 9.6 (*Anhang*), für die Partner in den Tabellen 9.7 und 9.8 (*Anhang*).

### V.9.4 Was sollten Partner mehr tun, damit Verbesserung eintritt?

Tabelle 214: Das sollte mein Partner mehr tun (Patienten – Erstnennung)

<b>Patienten (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
weiss nicht	1	2,2	2,2
sich zurücknehmen	1	2,2	4,3
weiss nicht	1	2,2	6,5
mich nach meinen Wünschen fragen	2	4,3	10,9
mehr reden	2	4,3	15,2
nichts verändern	1	2,2	17,4
mehr nach außen gehen	1	2,2	19,6
mehr Verständnis	1	2,2	21,7
mir nicht die Schuld geben	1	2,2	23,9
gelassener sein	1	2,2	26,1
mehr Zärtlichkeit und Liebe	2	4,3	30,4
mir mehr Mut machen	2	4,3	34,8
Verbesserung der Kommunikation	1	2,2	37,0
weiter für mich da sein	1	2,2	39,1
mehr Rücksicht nehmen	1	2,2	41,3
sich über Erkrankung informieren	3	6,5	47,8
mehr für sich tun	1	2,2	50,0
mich mehr unterstützen	2	4,3	54,3
ausreichend auf sich achten	3	6,5	60,9
mehr Lob	1	2,2	63,0
mehr Sexualität	1	2,2	65,2
sollte mehr Forderungen an mich stellen	2	4,3	69,6
mir einige Bereiche allein überlassen	2	4,3	73,9
mich auch einfach mal in Ruhe lassen, obwohl es viel zu tun gibt	2	4,3	78,3
mehr Vorschläge für gemeinsame Dinge machen	2	4,3	82,6
mehr mit mir unternehmen	1	2,2	84,8
mehr Verantwortung übernehmen	1	2,2	87,0
mehr Vater für unseren Sohn sein	2	4,3	91,3
mehr Kompromisse schließen	1	2,2	93,5
mir leichtere Aufgaben überlassen	2	4,3	97,8
sich selbst besser wahrnehmen	1	2,2	100,0



Tabelle 215: Das sollte mein Partner mehr tun (Patienten – Zweitnennung)

<b>Patienten (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
mehr unter Leute gehen	1	2,2	2,5	2,5
Interesse für die Erkrankung zeigen	6	13,0	15,0	17,5
Unternehmungen planen	1	2,2	2,5	20,0
mehr Informationen	5	10,9	12,5	32,5
mit mir mehr über Erkrankung reden	2	4,3	5,0	37,5
mich mehr als Partner sehen	1	2,2	2,5	40,0
mehr Geduld	3	6,5	7,5	47,5
mich mehr selbst bestimmen lassen	1	2,2	2,5	50,0
seine Gefühle äußern	1	2,2	2,5	52,5
seine/ihre eigenen Hobbies verfolgen	6	13,0	15,0	67,5
mehr Berührung (Streicheln, Küssen)	1	2,2	2,5	70,0
liebvoller mit mir umgehen	1	2,2	2,5	72,5
sich mehr um eigene Gesundheit sorgen	2	4,3	5,0	77,5
mir mehr zuhören	1	2,2	2,5	80,0
mehr Verständnis	1	2,2	2,5	82,5
mehr Zärtlichkeit	1	2,2	2,5	85,0
mehr ruhig mit mir reden	2	4,3	5,0	90,0
mir mehr sagen, was er möchte	2	4,3	5,0	95,0
mehr auf sich selbst achten	1	2,2	2,5	97,5
Zuneigung zum Ausdruck bringen	1	2,2	2,5	100,0
Fehlende Werte	6	13,0		
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>87,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 216: Das sollte mein Partner mehr tun (Partner – Erstnennung)

<b>Partner (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
sich zurücknehmen	2	4,3	4,3
auch auf meine Erkrankung und mich aufpassen	1	2,2	6,5
Arbeitsteilung	1	2,2	8,7
sich wieder um unser Kind kümmern	1	2,2	10,9
sich stärker durchsetzen	1	2,2	13,0
mich nach meinen Wünschen fragen	2	4,3	17,4
mehr reden	1	2,2	19,6
mehr nach außen gehen	1	2,2	21,7
mehr Behandlung/Therapie	1	2,2	23,9
Hoffnung nicht aufgeben	2	4,3	28,3
mehr Vertrauen in Behandlung	1	2,2	30,4
mehr Bewegung	<b>5</b>	<b>10,9</b>	41,3
mehr aus sich herausgehen	2	4,3	45,7
sich mehr zusammenreißen	1	2,2	47,8
mehr Willen aufbringen	2	4,3	52,2
mehr für sich tun	2	4,3	56,5
bessere Zeiteinteilung	<b>3</b>	<b>6,5</b>	63,0
mehr an sich arbeiten	1	2,2	65,2
mehr Initiative ergreifen	1	2,2	67,4
mehr an sich glauben	1	2,2	69,6
sich mehr an den Therapien beteiligen	2	4,3	73,9
positive Lebenseinstellung finden	2	4,3	78,3
wieder so werden wie früher	1	2,2	80,4
mehr Hoffnung	1	2,2	82,6
sich mehr um Familie kümmern	1	2,2	84,8
lockerer sein	1	2,2	87,0
mal "nein" sagen	2	4,3	91,3
selbst gesteckte Ziele konsequenter verfolgen	1	2,2	93,5
sich mehr öffnen	1	2,2	95,7
mehr auf seine Körpersignale achten	1	2,2	97,8
ein besserer Partner und Vater sein	1	2,2	100,0

Tabelle 217: Das sollte mein Partner mehr tun (Partner – Zweitnennung)

<b>Partner (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
mehr unter Leute gehen	9	19,6	19,6
"schwarze Brille" abnehmen	1	2,2	21,7
Bewegung	4	8,7	30,4
sich normaler benehmen	1	2,2	32,6
mehr Therapie	2	4,3	37,0
mehr Lebensfreude	2	4,3	41,3
mehr Mut haben	4	8,7	50,0
mehr auf andere zugehen / auch auf mich zugehen	2	4,3	54,3
sich um eine Arbeit bemühen	1	2,2	56,5
mehr Durchhaltevermögen	1	2,2	58,7
mehr Sport	2	4,3	63,0
abwechslungsreiche Freizeitgestaltung	3	6,5	69,6
mehr Verantwortung für sich übernehmen	1	2,2	71,7
mehr bei Therapien aktiv sein	2	4,3	76,1
besser etwas durchhalten	2	4,3	80,4
sich mehr bei der Therapie anstrengen	2	4,3	84,8
sich überlegen, was sie will	1	2,2	87,0
mehr Zärtlichkeit	1	2,2	89,1
sich ab und zu mehr ausruhen	2	4,3	93,5
sich mehr anstrengen	1	2,2	95,7
bewusster leben	1	2,2	97,8
mehr entspannen	1	2,2	100,0

### V.9.5 Was sollten Partner weniger tun, damit eine Verbesserung eintritt?

Tabelle 218: Das sollte mein Partner weniger tun (Patienten – Erstnennung)

<b>Patienten (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
weiss nicht	9	19,6	19,6
mich weniger bevormunden	6	13,0	32,6
weniger jähzornig sein	3	6,5	41,3
weniger Ratschläge	4	8,7	50,0
weniger meckern	2	4,3	54,3
weniger Alkohol trinken	2	4,3	58,7
weniger trösten	1	2,2	60,9
weniger Rechenschaft verlangen	2	4,3	65,2
weniger mit den Kindern streiten	1	2,2	67,4
weniger krank sein	1	2,2	69,6
mich weniger allein lassen	2	4,3	73,9
weniger traurig sein	1	2,2	76,1
mich weniger mit anderen vergleichen	1	2,2	78,3
mich weniger niedermachen	1	2,2	80,4
weniger Schuldgefühle	2	4,3	84,8
weniger zynisch bezüglich der Erkrankung	1	2,2	87,0
weniger: "ich meine es doch nur gut mit dir"	1	2,2	89,1
weniger aufbrausend sein	2	4,3	93,5
weniger Aktivitäten organisieren	1	2,2	95,7
weniger sich Sorgen machen	2	4,3	100,0

Tabelle 219: Das sollte mein Partner weniger tun (Patienten – Zweitnennung)

<b>Patienten (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
weniger Vorwürfe	6	13,0	21,4	21,4
weniger gereizt reagieren	2	4,3	7,1	28,6
sensibler auf mich eingehen	1	2,2	3,6	32,1
weniger drängeln	1	2,2	3,6	35,7
weniger Rückzug	2	4,3	7,1	42,9
weniger kommandieren	1	2,2	3,6	46,4
weniger Sorgen um mich machen	1	2,2	3,6	50,0
weniger lieblos reagieren	1	2,2	3,6	53,6
weniger Rücksicht nehmen	1	2,2	3,6	57,1
weniger Aufmunterungen	1	2,2	3,6	60,7
weniger Druck	2	4,3	7,1	67,9
mich weniger von richtiger Genesung überzeugen wollen	2	4,3	7,1	75,0
weniger abwertende Bemerkungen	1	2,2	3,6	78,6
weniger allgemeine Gesundheitsbücher lesen	1	2,2	3,6	82,1
mich weniger anschreien	1	2,2	3,6	85,7
mich weniger enttäuschen	1	2,2	3,6	89,3
mich weniger "runtermachen"	2	4,3	7,1	96,4
weniger Verantwortung auf mich abschieben	1	2,2	3,6	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>28</b>	<b>60,9</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 220: Das sollte mein Partner weniger tun (Partner – Erstnennung)

<b>Partner (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
weiss nicht	1	2,2	2,2
weniger anderen helfen (sozialer Tick)	1	2,2	4,3
weniger grübeln	12	26,1	30,4
mich weniger bevormunden	2	4,3	34,8
weniger mit anderen Kranken reden	1	2,2	37,0
sich weniger zurückziehen	1	2,2	39,1
weniger Angst haben	1	2,2	41,3
weniger Selbstzweifel	1	2,2	43,5
weniger hoffnungslos	1	2,2	45,7
weniger Forderungen stellen	1	2,2	47,8
weniger "Mutter Theresa für andere"	1	2,2	50,0
raus aus dem Arbeitsprozess	1	2,2	52,2
weniger alles auf andere schieben	1	2,2	54,3
weniger hängen lassen	1	2,2	56,5
weniger Selbstmitleid	3	6,5	63,0
sich weniger Vorwürfe machen	1	2,2	65,2
weniger andere verantwortlich machen	1	2,2	67,4
sich weniger "verschließen"	1	2,2	69,6
weniger essen	2	4,3	73,9
weniger Vorwürfe	2	4,3	78,3
sich weniger gegen Neues verschließen	2	4,3	82,6
weniger Ruhe	1	2,2	84,8
weniger Probleme von der Arbeit mit nach Hause bringen	1	2,2	87,0
sich weniger zu Herzen nehmen	2	4,3	91,3

Tabelle 220: Das sollte mein Partner weniger tun (Partner – Erstnennung): *Fortsetzung*

<b>Partner (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
weniger Übergewicht	1	2,2	93,5
weniger pessimistisch sein	2	4,3	97,8
weniger sich Sorgen machen	1	2,2	100,0

Tabelle 221: Das sollte mein Partner weniger tun (Partner – Zweitnennung)

<b>Partner (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Pro- zent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
weniger Vorwürfe	3	6,5	7,5	7,5
weniger jammern	4	8,7	10,0	17,5
weniger gereizt reagieren	1	2,2	2,5	20,0
weniger schuldig fühlen	2	4,3	5,0	25,0
weniger Coabhängigkeit	1	2,2	2,5	27,5
sich weniger gehenlassen	2	4,3	5,0	32,5
weniger Rückzug	1	2,2	2,5	35,0
weniger Angst vor Verschlechterung	2	4,3	5,0	40,0
nicht alles in sich reinfressen	1	2,2	2,5	42,5
weniger Sorgen um mich machen	1	2,2	2,5	45,0
weniger Verzweiflung zulassen	1	2,2	2,5	47,5
weniger Mutlosigkeit verbreiten	2	4,3	5,0	52,5
weniger anderen Schuldgefühle machen	2	4,3	5,0	57,5
weniger über Dinge ärgern, die nicht zu ändern sind	3	6,5	7,5	65,0
weniger trinken und spielen	1	2,2	2,5	67,5
weniger weinen	1	2,2	2,5	70,0
weniger schlafen	1	2,2	2,5	72,5
sich etwas zurücknehmen	2	4,3	5,0	77,5
weniger zweifeln	2	4,3	5,0	82,5
weniger Apathie	1	2,2	2,5	85,0
weniger alles besser wissen	1	2,2	2,5	87,5
weniger unsicher sein	2	4,3	5,0	92,5
weniger "in den Tag hinein leben"	1	2,2	2,5	95,0
weniger für alle da sein wollen	1	2,2	2,5	97,5
weniger arbeiten	1	2,2	2,5	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>87,0</b>	<b>100,0</b>	

## V.9.6 Was braucht der Partner zum besseren Umgang mit der Erkrankung?

Tabelle 222: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung (Patienten–Erstnennung)

<b>Patienten (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
weiss nicht	3	6,5	6,5
Therapie	3	6,5	13,0
einen gesunden Partner	2	4,3	17,4
viel mehr Informationen	21	45,7	63,0
psychologische Unterstützung	3	6,5	69,6
Gesprächspartner / Unterstützung von Freunden	2	4,3	73,9
Entlastung	1	2,2	76,1
Traumatherapie	1	2,2	78,3
nichts, empfinde es als optimal	3	6,5	84,8
Gespräch mit Psychologen	1	2,2	87,0
Teilnahme an meiner Therapie, um das mal zu sehen	2	4,3	91,3
Interesse an der Erkrankung	1	2,2	93,5
Paartherapie	1	2,2	95,7
mehr Einblick in die Behandlung	2	4,3	100,0

Tabelle 223: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung(Patienten–Zweitnennung)

<b>Patienten (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Pro- zent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
gute Therapie	1	2,2	3,1	3,1
Erfahrungsberichte	1	2,2	3,1	6,3
Haushaltshilfe	1	2,2	3,1	9,4
selbst körperliche Gesundheit	2	4,3	6,3	15,6
liebvolles Wesen	1	2,2	3,1	18,8
mehr Ausdauer	1	2,2	3,1	21,9
mehr Sexualität	2	4,3	6,3	28,1
viel Hoffnung	4	8,7	12,5	40,6
Paargespräch	2	4,3	6,3	46,9
Fachmann für eigene Problematik	1	2,2	3,1	50,0
mehr Verständnis	3	6,5	9,4	59,4
mehr Interesse an Erkrankung	3	6,5	9,4	68,8
auch gute Gespräche mit Therapeuten	2	4,3	6,3	75,0
müsste selbst erst einmal gesund werden	2	4,3	6,3	81,3
möchte mehr Nähe	1	2,2	3,1	84,4
eine gesunde Frau	1	2,2	3,1	87,5
Familientherapie	1	2,2	3,1	90,6
viel Ruhe	1	2,2	3,1	93,8
würde gern mal an Therapie teilnehmen	2	4,3	6,3	100,0
Fehlende Werte	14	30,4		
<b>Gesamt</b>	<b>32</b>	<b>69,6</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 224: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung (Patienten– Drittnennung)

<b>Patienten (Drittnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Pro- zent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Abwechslung	1	2,2	4,0	4,0
familiäre Unterstützung	1	2,2	4,0	8,0
gesunde Partnerin/gesunden Partner	2	4,3	8,0	16,0
mehr Interesse an Erkrankung	5	10,9	20,0	36,0
sich nicht nur um Krankheit kümmern	1	2,2	4,0	40,0
Vertrauen in meine Genesung	3	6,5	12,0	52,0
andere Einstellung dazu	1	2,2	4,0	56,0
müsste mal andere Betroffene kennen	2	4,3	8,0	64,0
mehr Ruhe und Gelassenheit	1	2,2	4,0	68,0
sich ausruhen können	2	4,3	8,0	76,0
Paargespräche	4	8,7	16,0	92,0
Ansprechpartner für Probleme mit mir	2	4,3	8,0	100,0
Fehlende Werte	21	45,7		
<b>Gesamt</b>	<b>25</b>	<b>54,3</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 225: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung (Partner – Erstnennung)

<b>Partner (Erstnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Therapie	1	2,2	2,2
Problemlösefähigkeiten	1	2,2	4,3
einen gesunden Partner	1	2,2	6,5
qualifizierte Betreuung	2	4,3	10,9
mehr Selbstvertrauen	1	2,2	13,0
hilfreiche Medikamente / "richtige" Medikamente	7	15,2	28,3
verständnisvolle Psychologin	1	2,2	30,4
andere Therapie	1	2,2	32,6
Ehrlichkeit bei Ärzten	1	2,2	34,8
psychologische Unterstützung	1	2,2	37,0
mehr Liebe von Angehörigen und mir	1	2,2	39,1
gute Behandlung /Therapie	2	4,3	43,5
Arbeitsplatz ohne Mobbing	1	2,2	45,7
gute Ärzte	1	2,2	47,8
Therapie, die hilft	2	4,3	52,2
mehr Mut	2	4,3	56,5
Enttäuschungen verarbeiten	3	6,5	63,0
Einsicht in Erkrankung	1	2,2	65,2
gute medizinische Behandlung	1	2,2	67,4
sie nicht bedrängen	2	4,3	71,7
mehr Therapien	2	4,3	76,1
kompetente Hilfe	2	4,3	80,4
besseren Arzt oder Psychiater	1	2,2	82,6
Zeit	1	2,2	84,8
einen starken Willen	3	6,5	91,3
andere Therapie, aber welche ?	2	4,3	95,7
Mut zur Veränderung	1	2,2	97,8
Unterstützung bei der Suche nach der Ursache	1	2,2	100,0



Tabelle 226: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung (Partner – Zweitnennung)

<b>Partner (Zweitnennung): N=46</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
gute Therapie	5	10,9	13,2	13,2
Fähigkeit, Kraft einzuteilen	1	2,2	2,6	15,8
nette Arbeitskollegen	1	2,2	2,6	18,4
guter Arzt	3	6,5	7,9	26,3
Bewegung	2	4,3	5,3	31,6
wirksames Medikament	4	8,7	10,5	42,1
Tagesklinik	1	2,2	2,6	44,7
muss "gebraucht werden"	2	4,3	5,3	50,0
Gelassenheit gegenüber Erkrankung	1	2,2	2,6	52,6
mehr Selbstvertrauen	1	2,2	2,6	55,3
mehr Ausdauer	3	6,5	5,3	60,5
Anerkennung von seinem Vater	3	6,5	7,9	68,4
starke Kontrolle	1	2,2	2,6	71,1
auch gute Gespräche mit Therapeuten	1	2,2	2,6	73,7
bessere Medikamente	2	4,3	5,3	78,9
andere Arbeit	1	2,2	2,6	81,6
viel Ruhe	3	6,5	7,9	89,5
mehr Ansprechpartner	2	4,3	5,3	97,4
vielleicht andere Heilpraktikerin	1	2,2	2,6	100,0
Fehlende Werte	8	17,4		
<b>Gesamt</b>	<b>38</b>	<b>82,6</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle 227: Das braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung (Partner – Drittnennung)

<b>Partner (Drittnennung): N=46</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
andere Freunde/gute Freunde	1	2,2	3,7	3,7
familiäre Unterstützung	2	4,3	7,4	11,1
Vertrauen in Arzt	2	4,3	7,4	18,5
Psychotherapie	2	4,3	7,4	25,9
gesunde Partnerin/gesunden Partner	1	2,2	3,7	29,6
mehr Willen	2	4,3	7,4	37,0
sich nicht nur um Krankheit kümmern	1	2,2	3,7	40,7
mehr Hoffnung	2	4,3	7,4	48,1
Beschäftigung	1	2,2	3,7	51,9
alternative Behandlungsmethoden	3	6,5	11,1	63,0
viel Willenskraft	1	2,2	3,7	66,7
andere Einstellung dazu	1	2,2	3,7	70,4
sich ausruhen können	2	4,3	7,4	77,8
mehr Erholung	2	4,3	7,4	85,2
Gespräche	1	2,2	3,7	88,9
Verständnis	1	2,2	3,7	92,6
Erfolgserlebnisse	1	2,2	3,7	96,3
Familie; stabiles Umfeld; Menschen, die zu ihm stehen	1	2,2	3,7	100,0
Fehlende Werte	19	41,3		
<b>Gesamt</b>	<b>27</b>	<b>58,7</b>	<b>100,0</b>	



## VI DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Die soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe entspricht mit 34 Patientinnen und 12 Patienten in der Patientenstichprobe der angegebenen höheren Auftretenswahrscheinlichkeit einer depressiven Erkrankung bei Frauen. Jedoch kann auch vermutet werden, dass viele erkrankte Männer eher eine Diagnose „Burn-out-Syndrom“ (Z73.0) erhalten, da diese als eher akzeptiert erscheint. In der Partnerstichprobe sind dementsprechend mehr Männer ( $n=34$ ) als Frauen ( $n=12$ ) repräsentiert. Da die Stichprobengewinnung zufällig erfolgte, kann sie als hinreichend repräsentativ für Patienten, die sich in einer klinischen Behandlung befinden, betrachtet werden. Demzufolge könnte auch angenommen werden, dass es sich bei den Partnern depressiv erkrankter Patienten überwiegend um Männer handelt.

### VI.1 Wissen und Erfahrungen mit der Erkrankung

Insgesamt konnten nur 38% aller Versuchsteilnehmer die Diagnose „Depression“ benennen. 63% der Patienten und 60,9% der befragten Partner wählten keine annähernd zutreffende Begrifflichkeit. Dabei fiel auf, dass weibliche Patienten eher die Beschreibungen „Depression“ oder „Überlastung“ angaben, während sich die männlichen Teilnehmer für „Ausgebranntsein“ entschieden. Die meisten Patienten wurden vom Krankenhausarzt über eine Diagnose informiert (30,4%), von einem Psychiater (28,3%) oder Neurologen (19,6%). In nur 5 Fällen (10,9%) stellte ein Hausarzt eine Diagnose, 2 Patienten gaben an, nicht informiert zu sein.

Bei den Partnern wurden 73,9% von dem Patienten oder der Patientin über eine Diagnose informiert, 10,9% von dem Krankenhausarzt, 4 Teilnehmer von einem Psychiater, nur ein Teilnehmer von einem Hausarzt. Die Reaktionen auf die Mitteilung einer psychischen Erkrankung sind sehr vielfältig. 17,4% der Patienten und 8,7% der Partner haben das schon erwartet, auch Erleichterung wegen einer klaren Diagnose, Verunsicherung oder Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose werden genannt. Den Patienten ist die genaue Bezeichnung der Erkrankung viel wichtiger als den Partnern ( $p=,003$ ). Dabei ist die Diagnose den weiblichen Patienten etwas wichtiger als den männlichen Patienten, den männlichen Partnern wichtiger als den weiblichen. Die Patienten und Partner schätzen ein, dass sie die Diagnose sehr wenig annehmen können und ihnen eine „somatische Diagnose“ sehr viel lieber wäre. Den weiblichen Patienten wäre eine andere Diagnose viel lieber als den männlichen ( $p=,018$ ), den männlichen Partnern wäre eine andere Diagnose geringfügig lieber als den weiblichen. Patienten glauben mehr als die Partner, dass ihnen die Diagnose im Umgang mit der Erkrankung hilft ( $p=,034$ ).

Männliche Patienten schätzen die zutreffende Diagnose etwas hilfreicher ein als weibliche Patienten, bei den Partnern schätzen die weiblichen Teilnehmer die Diagnose als hilfreicher ein. Patienten und Partner sind gleichermaßen stark davon überzeugt, dass allgemein viel zu wenig über Depression bekannt ist und die meisten Menschen in der Bevölkerung der Ansicht sind, dass depressiv Erkrankte einfach faul sind (Median 4: trifft sehr zu). Männliche Partner schätzen diesen Anteil noch höher ein als weibliche ( $p=,046$ ).

Patienten geben an, sich signifikant mehr als die Partner für eine psychiatrische Erkrankung zu schämen ( $p=,000$ ). In der Patientenstichprobe empfinden Frauen mehr Scham als Männer ( $p=,003$ ). Bei den Partnern empfinden Männer durchschnittlich etwas mehr Scham als Frauen. Partner befürchten etwas stärker (Median 3: trifft etwas zu) als Patienten (Median 2: trifft kaum zu), dass sich Menschen in ihrem Umfeld von ihnen zurückziehen. Bei den Partnern trifft dieser Eindruck bei den männlichen Teilnehmern etwas zu, bei den weiblichen Teilnehmern kaum. Patienten geben an, es sehr problematisch zu finden, anderen die Diagnose mitzuteilen, während die Partner es kaum oder etwas schwierig empfinden. Die Unterschiede sind nicht signifikant. Für die weiblichen Patienten erscheint es problematischer (Median 4: trifft sehr zu) als für die männlichen Patienten (Median: 2,5), anderen die Diagnose mitzuteilen ( $p=,047$ ). Bei den Partnern empfinden es die Männer etwas problematischer (Median 4) als die Frauen (Median: 3), der Unterschied ist jedoch statistisch nicht bedeutsam.

Bei den Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen in der Herkunftsfamilie unterscheiden sich Patienten und Partner erwartungsgemäß signifikant voneinander (71,7% der Patienten, 28,3% der Partner:  $p=,000$ ). Innerhalb der Patientenstichprobe ( $n=46$ ) kennen 24 weibliche (70,6% der weiblichen Patienten) und 9 männliche Patienten (75% der männlichen Patienten) depressive Erkrankungen in der familiären Vergangenheit. Bei den Partnern kennen 11 männliche (32,4% der männlichen Partner) und 2 weibliche Teilnehmer (16,7% der weiblichen Partner) diese Erkrankung durch betroffene Angehörige. 4 Partner wissen es nicht ganz genau, können es auch nicht ausschließen. Bei den Patienten waren am häufigsten (bei 11 Personen) die Mutter (23,9% der Patienten) oder der Vater (11 Personen: 23,9% der Patienten) erkrankt, bei 5 Teilnehmern die Schwester (10,9% der Patienten). 13 Patienten nennen eine zweite erkrankte Person aus der Vergangenheit, ausschließlich bei den Patienten geben 4 Personen ein drittes Familienmitglied (Geschwister) an. Bei den Partnern waren ebenfalls am häufigsten Mutter (5 Personen: 10,9%) und Vater (5 Personen: 10,9% der Partner) erkrankt.

Bei der Benennung weiterer psychischer Probleme innerhalb der aktuellen Familie nehmen die Patienten mehr Probleme wahr als die Partner ( $p=,034$ ). 56,5% der Patienten stimmen der Aussage „Es gibt noch andere psychische Probleme in meiner Familie“ sehr zu, 17,4% etwas zu. Von den Partnern stimmen 37,0% zu, 13% räumen Probleme ein.

Alle Teilnehmer wurden dazu befragt, mit welchen Personen sie über die Erkrankung und ihr Befinden im Alltag sprechen. Spontan berichteten 47,8% der Patienten, dass ihr Partner oder ihre Partnerin der erste Ansprechpartner sind. Bei den Partnern sind das nur 10,9%. 32,6% der Partner und Partnerinnen sagen, dass sie niemanden benennen können. Für Patienten und Partner dieser Stichprobe sind die Töchter (26% des Gesamtanteils) die wichtigsten Ansprechpartner, Eltern werden kaum genannt. Bei den Patienten finden sich zudem bei 10,9% selbst erkrankte Freundinnen oder Freunde (12,1%). Die meisten Teilnehmer (24,7%) geben spontan an, nicht mit Arbeitskollegen, mit den Partnern (23,3%) oder den Eltern (16,4%) über die Erkrankung sprechen zu können. Bei den Partnern schätzen 35,3% ein, nicht mit Arbeitskollegen oder Menschen, die das nicht wissen (17,6%) sowie mit dem Patienten (20,6%) und Freunden (19,6%) sprechen zu können. Bei den Patienten sind das vor allem der Partner (25,6%), die Eltern (25,6%) und Arbeitskollegen (15,4%).

Bei der Befragung zur wahrgenommenen Unterstützung aus dem Umfeld geben Patienten an, sehr viel Unterstützung zu erhalten, die Partner empfinden kaum Unterstützung ( $p=,000$ ). Während sich Patienten stärker von anderen wegen der Erkrankung abgelehnt fühlen, geben sie an, mehr Menschen in ihrem Umfeld zu haben, mit denen sie über die Erkrankung reden. Innerhalb der Patientenstichprobe schätzen die Männer ( $n=12$ ) die erhaltene Unterstützung etwas höher ein als die Frauen ( $n=34$ ). Männliche Patienten geben stärker als weibliche Patienten an, dass die Erkrankung in der Familie ein wichtiges Thema ist ( $p=,019$ ). Weibliche Patienten dieser Untersuchung fühlen sich stärker abgelehnt wegen der Erkrankung als Männer, haben jedoch etwas häufiger bereits Beratungsangebote in Anspruch genommen. Beide Geschlechter der Patienten stimmen zu (Median: 3), dass die ganze Familie Unterstützung brauchen könnte. Innerhalb der Partnerstichprobe geben die Frauen ( $n=12$ ) signifikant mehr Unterstützung in ihrem Umfeld ( $p=,008$ ) und mehr Menschen, mit denen sie darüber reden können ( $p=,025$ ) an als die Männer ( $n=34$ ). Frauen schätzen das Thematisieren der Erkrankung in der Familie als etwas höher ein als die Männer. Die Veränderungen durch die Erkrankung werden von Patienten (Median:3) und Partnern (Median:4) hoch eingeschätzt. Patienten fühlen sich sehr schuldig, Partner kaum ( $p=,000$ ).

Beide Gruppen schämen sich für die Erkrankung (Median:3), Patienten etwas mehr ( $p=,001$ ). Die Hilflosigkeit wird von beiden Gruppen stärker eingeschätzt als die Hoffnungslosigkeit, was für die Unterscheidung beider Konzepte spricht. Hilf- und Hoffnungslosigkeit sind bei Patienten signifikant höher ausgeprägt als bei den Partnern ( $p=,000$ ). Beide Gruppen geben an, sich über Ratschläge von anderen zu ärgern (Median:3), Patienten mehr als Partner ( $p=,016$ ). Patienten und Partner geben gleichermaßen an, kaum zu wissen, was der Partner oder sie selbst jetzt brauchen. Patienten glauben, sie hätten sich mehr anstrengen müssen (Median:3,5), um die Erkrankung zu verhindern, Partner stimmen dem etwas zu (Median:3). Patienten machen sich in etwas stärkerem Maße Sorgen, dass der Partner überfordert wird

als die Partner selbst. Partner geben an, dass es ihnen etwas schwerer fällt, dem Patienten zu sagen, wie es ihnen geht (Median:3,5) als den Patienten (Median:3). Beiden Gruppen fällt es sehr schwer (Median:4), über ihre Wünsche zu sprechen. Zudem schätzen beide ein, dass der Partner wenig darüber weiß, wie es ihnen geht (Median:3). Partner ärgern sich etwas mehr über das Verhalten des Partners (Median:4) als die Patienten (Median:3,5). Die Äußerungen des Partners werden als gleichermaßen ärgerlich empfunden (Median:3). Auf einer zehnstufigen Skala schätzen die meisten Patienten den empfundenen Ärger bei 9 (23,9%) und 8 (21,7%) ein. Der Mittelwert liegt bei 7,28 ( $SD=2,029$ ). Bei den Partnern wählen die meisten (21,7%) den Wert 8 und 6 (17,4%). Der Mittelwert der Partner liegt bei 5,85 ( $SD=2,556$ ). Der Unterschied ist signifikant ( $p=,004$ : *Chi-Quadrat*). Die weiblichen Patienten schätzen ihren Ärger höher ein als die männlichen ( $p=,002$ : *Chi-Quadrat*), die männlichen Partner erreichen einen höheren Wert als die weiblichen Partner, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Innerhalb der Patientenstichprobe geben Frauen etwas stärker ausgeprägten Ärger über Ratschläge an (Median:4) als Männer (Median:3). Frauen haben viel mehr den Eindruck, der Partner wisse nicht, was er jetzt tun soll (Median:4) als Männer (Median:2,5;  $p=,035$ ). Die Hilflosigkeit wird bei beiden Geschlechtern sehr hoch eingeschätzt (Median:4), bei den Frauen jedoch noch höher ( $p=,044$ ). Die Scham ist bei weiblichen Patienten höher ausgeprägt als bei den Männern ( $p=,041$ ), beide Patientengruppen fühlen sich gleichermaßen schuldig (Median:4).

Weibliche Patienten glauben, sie hätten sich mehr anstrengen sollen, um die Erkrankung zu verhindern (Median:4), bei Männern ist das nicht so (Median:1;  $p=,004$ ). Frauen geben ein signifikant höheres Bedürfnis nach einem Sinn im Leben (Median:4) an als männliche Patienten (Median:2,5;  $p=,001$ ). Zudem fällt es weiblichen Patienten schwerer, über ihre Wünsche zu sprechen (Median:4) als Männern (Median:3;  $p=,050$ ).

Weibliche Patienten schämen sich mehr wegen einer psychiatrischen Erkrankung (Median:4) als männliche Patienten (Median:2;  $p=,003$ ). Frauen denken tendenziell in stärkerem Maße (Median:4) als männliche Patienten (Median:2), selbst schuld zu sein an der Depression. Das Ergebnis ist jedoch nicht signifikant.

In der Partnerstichprobe können beide Geschlechtergruppen gleichermaßen kaum einschätzen, was sie jetzt brauchen (Median:2). Männer ärgern sich tendenziell etwas (Median:3), Frauen kaum (Median:2) über Ratschläge von anderen. Männliche Partner ( $n=34$ ) glauben etwas stärker (Median:4) als Frauen (Median:3), dass sich ihre Partnerin oder ihr Partner hilflos fühlen. Beide Geschlechtergruppen geben an, sich eher hilflos (Median:3) als hoffnungslos (Median:2) und kaum schuldig (Median:2) zu fühlen. Männliche Partner denken tendenziell etwas stärker, dass man an Depression selbst schuld ist (Median:3) als Frauen

(Median:2) und dass sich die Partnerin vielleicht etwas hätte anstrengen müssen (Median:3; Frauen-Median:2). Die Männer der Partnerstichprobe geben an, sich etwas stärker zu sorgen, überfordert zu werden (Median:4) als weibliche Partner (Median:3). Sie glauben zudem etwas weniger, dass die Partnerin weiß, wie es ihnen geht (Median:3) als die Frauen (Median:2,5). Männliche Partner finden es etwas schwieriger, ihrer Partnerin zu sagen, wie es ihnen geht (Median:3,5; Frauen-Median:3) und über ihre Wünsche zu sprechen (Median:4; Frauen-Median:3). Männliche Partner ärgern sich etwas mehr über das Verhalten (Median:4; Frauen-Median:3,5) und Äußerungen (Median:3,5; Frauen-Median:2,5) der Patienten. Männliche Partner geben zudem an, sich mehr wegen einer psychiatrischen Erkrankung zu schämen (Median:3) als die weiblichen Partner (Median:1,5). Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Nach Situationen befragt, in denen die Teilnehmer *Ärger* auf den Partner empfinden, sind die freien Antworten sehr vielfältig. Spontan nennen 10,9% der Patienten Ärger, wenn sie sich „nicht verstanden“ fühlen, wenn sie sich „wie ein Kind behandelt“ fühlen (6,5%) und bei der Aufforderung, sich „zusammenzureißen“ (8,7%).

Die meisten Patienten nennen als zweite Aussage unter anderem „Bevormundung“ (10,9%) oder „zu wenig Unterstützung bei der Kindererziehung“ (6,5%). 60,9% der Patienten nennen zusätzlich eine dritte Situation, beispielsweise „Vorwürfe“ (6,5%).

Die Partner geben spontan „Apathie / sich gehen lassen“ (13,0%), „Vorwürfe“ (6,5%) und „immer dasselbe erzählen“ (6,5%) an. 10,9% der Partner sagen, dass sie keinen Ärger empfinden. In der Zweitnennung geben 6,5% „Bevormundung“ und „mutlos sein“, 4,3% „jammern“, „viel schlafen“, „Aussagen verdrehen“ und „Schuld auf andere schieben“ an. 58,7% nennen eine dritte Situation, beispielsweise „den Körper ständig beobachten“ oder „Verantwortungslosigkeit“ (6,5%), „Lieblosigkeit“ (4,3%) und „sich gehen lassen“ (4,3%).

Die größten *Ängste* der Patienten bezüglich der Erkrankung sind „das berufliche Aus“ (10,9%), die „Zukunft“ (8,7%) sowie bei je 6,5% „Angst vor Trennung“, „...dass die Depression wiederkommt“, „Auswirkungen auf die Kinder“ und „...dass die Energie...nicht mehr hundertprozentig wiederkommt“. Viele Aussagen betreffen die Angst, die Leistungsfähigkeit einzubüßen und „es nicht in den Griff zu bekommen“. In der Zweitnennung dominieren die Angst, „...dass die Erkrankung nie mehr weggeht“, „...dass es noch schlimmer werden könnte“, „...dass ich immer wieder krank werde“ (je 8,7%), die „Angst vor Trennung“ und „...dass Erkrankung immer wieder kommt“ (6,5%). 54,3% der Patienten nennen weitere Ängste, beispielsweise „...dass ich keinen Therapeuten finde, der zu mir passt“ (8,7%), „...dass ich keine Liebe mehr empfinde“ (6,5%), „...dass es so lange dauert“ oder „...dass die Kinder schlecht von mir denken“ (4,3%). Die Partner nennen bei der Frage nach ihren größten Ängsten spontan „Suizid“ (15,2%), „Trennung“ (13,0%), „...dass sie/er nicht rauskommt“

(6,5%) und „...dass die Energie nicht wiederkommt“ (6,5%). Ängste vor Rückfall und Chronifizierung sind ebenfalls mehrfach repräsentiert. 89,1% der Partner nennen weitere Ängste. Am häufigsten genannt werden die Angst, „...dass die Erkrankung nie mehr weggeht“ (17,4%), „finanzielle Verschlechterung“ (10,9%), „...dass ich überfordert werde“ (6,5%) oder „Verschlechterung der Beziehung“ (6,5%). 45,7% der Partner nennen weitere Ängste, wie beispielsweise „Ungewissheit“ (10,9%) oder „...dass die ganze Familie darunter leidet“ (8,7%).

Bei der Frage nach den größten *Sorgen* im Zusammenhang mit der Erkrankung nennen 6,5% der Patienten, „...dass es nie mehr besser wird“, „ich nie mehr gesund werde“, „...dass ich andere überfordere“, „...dass sich existentielle Probleme ergeben“ oder „...dass PartnerIn selbst in der Klinik landet“. Auch genannt werden Sorgen um die Beziehung oder „...dass Kind(er) auch erkranken könnte(n)“. Bei der Zweitnennung (73,9% der Patienten) machen sich 8,7% der Patienten Sorgen „um Kind(er)“, 6,5% darum, „keinen Job mehr zu finden“, „...dass Genesung sehr lange dauert“ und „um Figur und Aussehen“. Die Partner sorgen sich am meisten um „Suizid“ (15,2%), „...dass es nie mehr besser wird“ (8,7%), „Rückfall“ (8,7%) und „...dass es immer wieder kommt“ (6,5%). Als zweite Nennung (58,7%) fallen die Sorge, „...dass sie nicht damit fertig wird“ (8,7%) und die Sorge um Kind/Kinder (6,5%) auf. Auch die Sorge um eine mögliche Überforderung bei bestehendem Kinderwunsch (4,3%) sowie unerfüllter Kinderwunsch beschäftigen Partner und Patienten. Patienten wünschen sich von ihrem Partner beispielsweise: „sich nicht trennen“ sowie „selbst eine Therapie machen“ (8,7%), „mich weiterhin so unterstützen“ und „weiterhin zu mir halten“ (6,5%).

Bei den Partnern dominiert der Wunsch, „...dass es wieder so wird wie früher“ (21,7%) und „dass er wieder normal wird“ (10,9%).

Bei den familiären Belastungen innerhalb der Gesamtstichprobe machen 46,7% keine Angabe. 10,9% der Gesamtstichprobe geben Konflikte in der Herkunftsfamilie an, 6,5% keine gemeinsamen Kinder trotz Kinderwunsch, 4,3% den Suizidversuch der Patientin sowie die eigene Erkrankung des Partners. Weitere 3,3% geben die aktuelle Erkrankung des Partners sowie Beziehungskonflikte als problematisch an. Bei den Patienten geben 19,6% Konflikte in der Herkunftsfamilie an, bei den Partnern ist das nur für eine Person belastend. Als weitere familiäre Besonderheiten beschreiben 7,6% aller Teilnehmer die Angst, das Kind könnte auch diese Erkrankung haben, weitere 4,3% befürchten eine Beeinträchtigung der Kinder oder sorgen sich um ihre geringe emotionale Bindung an sie (7,6%). Die eigene Erkrankung des Partners wird von 4,3% der Gesamtstichprobe als problematisch erlebt.

Die meisten Teilnehmer der Untersuchung haben 1 Kind (41,3%) oder 2 Kinder (37,0%). 12,0% haben keine Kinder, 7,6% 3 Kinder, 2,2% 4 Kinder. In der Altersgruppe bis 18 Jahre sind die meisten Kinder (9,8%) 10 Jahre alt. 4,3% der Kinder sind 12 und 15 Jahre alt. Bei



den Auffälligkeiten der Kinder, die von den Eltern erfragt wurden (66,3% machten keine Angabe), ergaben sich bei 10,9% der Gesamtstichprobe (32,3% der berichteten Probleme) Probleme im emotionalen/depressiven Bereich. Jeweils 5,4% der Befragten (16,1% der Probleme) sehen die Auffälligkeiten der Kinder im „Verhalten“, im „Verhalten und Emotionalität“ und darin, „...dass sie alle trösten möchten“. Bei der Angabe der wahrgenommenen Besonderheiten in der Eltern-Kind-Beziehung machen 58,7% keine Angabe. 9,8% aller Befragten beschreibt eine „übermäßig starke Mutter-Tochter-Beziehung. 6,5% sprechen von einer „schwierigen Mutter-Kind-Beziehung“, jeweils 4,3% von einer „starken Mutter-Sohn-Bindung“ oder „Erziehungskonflikten“.

## VI.2 Behandlungserfahrungen und Behandlungsvorstellungen

Es wird angenommen, dass etwa jeder 10. Mensch im Laufe seines Lebens an einer Depression erkrankt. Was wissen Patienten und ihre Partner darüber? Patienten nehmen überwiegend an (63,0%), dass es jeden 10. Menschen betrifft, 20,6% glauben, jeder 100. Mensch erkrankt, 17,4% vermuten, dass jeder erkranken kann. Bei den Partnern wissen nur insgesamt 8,7% der Befragten, dass etwa jeder 10. Mensch erkrankt. 65,2% vermuten, dass Depressionen viel seltener (jeder 100. Mensch) sind, 23,9% denken, jeder kann daran erkranken. Nur ein Partner geht davon aus, dass es sich bei der Depression um eine sehr seltene Erkrankung handelt.

Bei der Krankheitsdauer nehmen die meisten Patienten (41,3%) und Partner (30,4%) an, dass die Depression ein ganzes Leben anhält. 26,1% der Partner (26,5% der männlichen, 25,0% der weiblichen Partner) geben an, es nicht zu wissen. Bei den Patienten wissen es 15,2% nicht (25,0% der männlichen, 11,8% der weiblichen Patienten).

Patienten und ihre Partner wurden gebeten, auf einer vierstufigen Skala (gar nicht - wenig – gut - sehr gut) einzuschätzen, wie informiert sie sich über verschiedene Bereiche der Depressionsbehandlung fühlen. Die Patienten fühlen sich wesentlich besser hinsichtlich der Diagnose informiert als ihre Partner ( $p=,002$ : *U-Test*). Die meisten Patienten (47,8%) fühlen sich gut, wenig (30,4%) oder sehr gut (17,4%) informiert, die meisten Partner wenig (54,3%) oder gut (30,4%). 10,9% der Partner fühlen sich gar nicht, nur 4,3% sehr gut informiert. Die meisten Patienten fühlen sich wenig (60,9% der Patienten) über die Ursachen informiert, 19,6% gut und 13,0% sehr gut. Die Partner fühlen sich deutlich weniger informiert als die Patienten ( $p=,000$ ). 50,0% fühlen sich wenig, 37,0% gar nicht, nur 13,0% der Partner fühlen sich gut informiert über die Ursachen der Erkrankung. Patienten fühlen sich deutlich besser informiert über den Krankheitsverlauf als Partner ( $p=,000$ ). 58,7% der Patienten fühlen sich wenig, 30,4% gut informiert, 8,7% gar nicht. Bei den Partnern fühlen sich 50,0% wenig, 41,3% gar nicht, nur 8,7% der Partner gut informiert.

Bei den Nachbehandlungsmöglichkeiten fühlen sich beide Gruppen ähnlich informiert und unterscheiden sich nicht signifikant. Bei den Patienten fühlen sich 41,3% wenig, 26,1% gar nicht und 30,4% gut informiert. Die Partner geben an, sich zu 58,7% wenig, zu 30,4% gar nicht und zu 10,9% gut informiert zu fühlen. Hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten der Depression fühlen sich die Patienten deutlich besser informiert als die Partner ( $p=,003$ ). 54,3% der Patienten fühlen sich wenig, 37,0% gut informiert, 4,3% sehr gut und gar nicht. Innerhalb der Partnerstichprobe fühlen sich 78,3% wenig, nur 13,0% gut, 8,7% gar nicht informiert.

Sehr viele Informationen werden bei Angehörigengruppen vermittelt. Daher ist es besonders bedeutsam, wie die Informationen darüber eingeschätzt werden. Überraschenderweise geben 53,3% aller Befragten an, sich gar nicht über diese Möglichkeit informiert zu fühlen. Bei den Patienten betrifft es 45,7%, bei den Partnern 60,9%. 34,8% der Patienten fühlen sich wenig, nur 17,4% gut, 2,2% sehr gut informiert. Bei den Partnern fühlen sich 34,8% wenig und nur 4,3% gut, kein Partner sehr gut informiert. Bei der Bewertung der Information über das Ziel der Behandlung fühlen sich 56,5% der Patienten und 50,0% der Partner gut informiert. Bei den Patienten sagen 41,3%, sie fühlten sich wenig informiert, bei den Partnern 32,6% und 17,4% gar nicht.

Hinsichtlich der Risiken und Nebenwirkungen fühlen sich 43,5% der Patienten gut, 34,8% wenig und 21,7% gar nicht informiert. Bei den Partnern fühlen sich 43,5% wenig, 30,4% gar nicht und 23,9% gut informiert. Bei der Information über die Krankheitsbewältigung unterscheiden sich Patienten und Partner ( $p=,000$ ). Die Patienten fühlen sich zu 65,2% wenig, zu 17,4% gut und zu 15,2% gar nicht informiert. 54,3% der Partner fühlen sich wenig, 43,5% gar nicht, nur 2,2% gut informiert.

Innerhalb der Patientenstichprobe unterscheiden sich Männer und Frauen in ihrer Einschätzung der Information über die Ursachen ( $p=,005$ ), Männer fühlen sich hier besser informiert. Bei der Information über die Angehörigenberatung ( $p=,040$ ) und über die Krankheitsbewältigung ( $p=,049$ ) fühlen sich die weiblichen Patienten besser informiert als die männlichen. Bei den Partnern finden sich keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Zur Beantwortung der Fragestellung, wie hilfreich die Untersuchungsteilnehmer die Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung einschätzen, wurden verschiedene Maßnahmen vorgegeben und auf einer vierstufigen Skala (sehr hilfreich – etwas hilfreich – kaum hilfreich – nicht hilfreich) eingeschätzt. Zusätzlich gibt es eine Kategorie „weiß nicht / kenne ich nicht“. Gespräche mit dem behandelnden Arzt sind für Patienten und Partner sehr hilfreich (70,7% aller Befragten). 63,0% der Patienten schätzen die Arztgespräche als sehr hilfreich, 28,3% als etwas hilfreich ein. Für 78,3% der Partner ist das eine sehr hilfreiche Möglichkeit, für 19,6% eine etwas hilfreiche. Gespräche mit Familienangehörigen werden von 30,4% der Patienten

und 19,6% der Partner als sehr hilfreich beurteilt. 28,3% der Patienten und 30,4% der Partner empfinden die Gespräche als etwas hilfreich. 19,6% der Patienten finden es kaum, 21,7% nicht hilfreich. Bei den Partnern geben 39,1% an, es sei kaum hilfreich, für 10,9% sei es nicht hilfreich. In der Beurteilung der Entspannungsverfahren unterscheiden sich Patienten und Partner ( $p=,003$ ). Partner halten das zu 47,8% für sehr hilfreich oder etwas hilfreich (15,2%). Patienten schätzen Entspannungsverfahren zu 19,6% für sehr hilfreich oder etwas hilfreich (28,3%). 26,1% meinen, es sei kaum hilfreich. Patienten schätzen Gespräche mit Freunden und Bekannten tendenziell etwas hilfreicher ein als Partner. 26,1% der Patienten empfinden es als sehr oder etwas (23,9%) hilfreich, 30,4% als kaum und 19,6% als nicht hilfreich. Partner empfinden es zu 6,5% für sehr oder zu 34,8% für etwas hilfreich. 41,3% meinen, es sei kaum und 17,4%, es sei nicht hilfreich.

Bei der Nutzung von Büchern zur Krankheitsbewältigung geben 19,6% der Patienten und 17,4% der Partner an, das sei sehr hilfreich. 28,3% der Patienten und 26,1% der Partner finden das etwas hilfreich. 30,4% der Patienten finden Bücher kaum und 21,7% nicht hilfreich.

Partner schätzen zu 47,8% Bücher als kaum und 8,7% als nicht hilfreich ein. Das Internet wird von den Partnern hilfreicher beurteilt als von den Patienten ( $p=,002$ ). 30,4% der Partner beurteilen das Internet als sehr oder etwas (32,6%) hilfreich, während 23,9% der Patienten es als sehr und 17,4% es als etwas hilfreich einschätzen. 43,5% der Patienten beurteilen das Internet als kaum hilfreich, bei den Partnern sind es 13,0%.

Medikamente werden von 51,1% aller Befragten als sehr hilfreich eingeschätzt (45,7% der Patienten; 56,5% der Partner). 34,8% der Patienten und 23,9% der Partner empfinden Medikamente als etwas hilfreich. 19,6% der Patienten und 17,4% der Partner sagen, sie seien kaum hilfreich. Gespräche mit dem Pflegepersonal werden von den Partnern als etwas weniger hilfreich beurteilt. 37% der Partner halten das für kaum (Patienten: 28,3%), 28,3% für nicht hilfreich (Patienten: 19,6%). 23,9% der Patienten empfinden das als sehr hilfreich (Partner: 8,7%), 28,3% der Patienten (26,1% der Partner) als etwas hilfreich.

Gespräche mit einem anderen Arzt werden von 28,3% der Patienten und 37,0% der Partner als sehr hilfreich erachtet. 23,9% der Patienten empfinden eine Zweitmeinung etwas, 26,1% kaum und 19,6% nicht hilfreich. Bei den Partnern denken 34,8%, es sei etwas, 23,9% kaum und nur 4,3%, es sei gar nicht hilfreich.

Gespräche mit Psychologen werden von 39,1% der Patienten als sehr und von 28,3% als etwas hilfreich eingeschätzt. 34,8% der Partner schätzen es als sehr hilfreich, 13,0% als etwas hilfreich ein. 37,0% der Partner (21,7% der Patienten) bewerten es als kaum hilfreich, 15,2% der Partner und 10,9% der Patienten als nicht hilfreich. Gespräche mit dem Sozialarbeiter, der sich um soziale und auch finanzielle Belange der stationären Patienten kümmert,

werden von 13,0% der Patienten (17,4% der Partner) als sehr hilfreich, von 41,3% der Patienten (26,1% der Partner) als etwas hilfreich und von 10,9% der Patienten (37,0% der Partner) als kaum hilfreich bewertet. 23,9% der Patienten und 19,6% der Partner empfinden diese Art der Unterstützung als nicht hilfreich. 10,9% der Patienten gaben an, nichts darüber zu wissen.

Psychotherapie wird von 30,4% aller Befragten (32,6% der Patienten; 28,3% der Partner) als sehr hilfreich eingeschätzt. 26,1% der Patienten und 13,0% der Partner beurteilen die Psychotherapie als etwas hilfreich, 23,9% der Patienten (26,1% der Partner) als kaum hilfreich. 10,9% der Patienten und 6,5% der Partner bewerten es als nicht hilfreich. 6,5% der Patienten und 26,1% der Partner geben an, sich damit nicht auszukennen. Gespräche mit dem Partner werden von 47,8% der Patienten und 41,3% der Partner als sehr hilfreich, von 17,4% der Patienten und 30,4% der Partner als etwas hilfreich bewertet.

15,2% der Patienten und 28,3% der Partner empfinden es als kaum hilfreich, 19,6% der Patienten und kein Partner als nicht hilfreich. Selbsthilfegruppen werden nur von 4,3% der Patienten (10,9% der Partner) als sehr hilfreich eingestuft. 26,1% der Patienten (19,6% der Partner) sehen das als etwas, 13,0% der Patienten und 17,4% der Partner als kaum hilfreich. 56,5% der Patienten und 52,2% der Partner sagen, das sei nicht hilfreich. Gespräche mit anderen Patienten werden von 26,1% der Patienten als sehr, von 45,7% als etwas hilfreich eingeordnet. 21,7% der Partner glauben, das sei sehr hilfreich, 32,6% glauben, es sei etwas hilfreich. Als kaum hilfreich empfinden es 8,7% der Patienten (13,0% der Partner), als nicht hilfreich 19,6% der Patienten und 32,6% der Partner. Die Gruppentherapie (vor allem psychoedukative Gruppen) beschreiben 19,6% der Patienten und 13,0% der Partner als sehr hilfreich. 30,4% der Patienten und 37,0% der Partner meinen, es sei etwas hilfreich, 28,3% der Patienten und 32,6% der Partner es sei kaum hilfreich. 21,7% der Patienten und 17,4% der Partner halten die Gruppentherapie für nicht hilfreich.

Die Seelsorge und der Kontakt mit dem Pfarrer werden von 80,4% der Patienten und 73,9% der Partner als nicht hilfreich bewertet. Jeweils 15,2% der Gruppen meinen, das sei kaum hilfreich. Dagegen halten 51,1% aller Befragten viel Ruhe für sehr hilfreich (45,7% der Patienten; 56,5% der Partner). 37% der Patienten und der Partner denken, viel Ruhe sei etwas hilfreich. 10,9% der Patienten und kein Partner meinen, viel Ruhe sei nicht hilfreich.

Bewegung halten 45,7% der Patienten und 52,2% der Partner für sehr hilfreich sowie 39,1% der Patienten und 47,8% der Partner für etwas hilfreich.

Ergotherapie schätzen 54,3% der Patienten und 19,6% der Partner als sehr hilfreich ein ( $p=,000$ ). Für 26,1% der Patienten (21,7% der Partner) ist Ergotherapie etwas hilfreich, nur für 8,7% der Patienten (21,7% der Partner) kaum hilfreich. 6,5% der Patienten und 30,4% der Partner gaben an, sich damit nicht auszukennen.

Innerhalb der Patientenstichprobe ( $n=46$ ) empfinden Männer ( $n=12$ ) und Frauen ( $n=34$ ) Gespräche mit dem behandelnden Arzt als etwa gleich hilfreich (sehr hilfreich). Gespräche mit den Familienangehörigen werden von den Männern der Stichprobe als hilfreicher (etwas bis sehr hilfreich) empfunden ( $p=,039$ : *U-Test*). Entspannungsverfahren wurden ebenfalls von den männlichen Patienten als viel hilfreicher empfunden (sehr hilfreich) als von den Frauen (kaum hilfreich). Der Unterschied ist mit  $p=,004$  signifikant. Gespräche mit Freunden und Bekannten werden von den Männern durchschnittlich etwas hilfreicher empfunden. Der Unterschied ist nicht signifikant. Männliche Patienten schätzen Bücher als (etwas) hilfreicher ein als weibliche Patienten, die Bücher als kaum hilfreich bewerten ( $p=,037$ ). Das Internet wird von beiden Geschlechtern als nicht bis kaum hilfreich bewertet.

Medikamente werden von den weiblichen Patienten als sehr, von den Männern als kaum hilfreich eingeschätzt ( $p=,008$ ). Gespräche mit dem Pflegepersonal werden von den Frauen etwas hilfreicher bewertet, die Unterschiede sind nicht signifikant. Gespräche mit einem anderen Arzt oder eine Zweitmeinung werden von beiden Geschlechtern als etwas hilfreich eingeschätzt. Gespräche mit Psychologen werden von den Männern im Mittel als sehr hilfreich, von den Frauen als etwas hilfreich bewertet. Das Ergebnis ist nicht signifikant. Sozialarbeiter werden von weiblichen Patienten als durchschnittlich etwas hilfreicher eingeschätzt, 41,7% der männlichen Patienten räumen jedoch ein, Sozialarbeiter nicht zu kennen (nicht signifikant). Die Psychotherapie wird von den männlichen Patienten als sehr, von den weiblichen als kaum bis etwas hilfreich bewertet ( $p=,031$ ). Gespräche mit dem Partner werden von den Männern durchschnittlich als sehr, von den Frauen als etwas hilfreich empfunden. Die Geschlechter unterscheiden sich jedoch nicht signifikant. Selbsthilfegruppen werden von männlichen Patienten als etwas, von den Frauen als nicht hilfreich eingeschätzt ( $p=,002$ ). Gespräche mit anderen Patienten werden von männlichen Patienten als hilfreicher eingeschätzt (etwas bis sehr hilfreich) als von den weiblichen Patienten ( $p=,050$ ). Die Gruppentherapie wird im Mittel von den Männern als etwas, von den Frauen als kaum hilfreich beschrieben, der Unterschied ist nicht signifikant. Die Seelsorge oder der Pfarrer ist für beide Gruppen nicht bedeutsam, für Frauen im Mittel noch weniger ( $p=,028$ ).

Viel Ruhe wird von beiden Patientengruppen gleichermaßen als etwas bis sehr hilfreich gesehen, Bewegung von den männlichen Patienten als sehr hilfreich, von den weiblichen Patienten als etwas hilfreich gewertet ( $p=,050$ ). Die Ergotherapie wird von weiblichen Patienten als sehr hilfreich eingeschätzt, die männlichen Patienten empfinden diese Therapie als kaum hilfreich ( $p=,024$ ), 3 männliche Patienten geben an, diese Therapie nicht zu kennen.

In der Partnerstichprobe ( $n=46$ ) schätzen Männer ( $n=34$ ) und Frauen ( $n=12$ ) die Gespräche mit dem behandelnden Arzt als gleichermaßen sehr hilfreich ein. Gespräche mit Familienangehörigen und Freunden/Bekannten werden von Frauen durchschnittlich etwas hilfreicher bewertet, die Unterschiede sind nicht signifikant.

Entspannungsverfahren werden von beiden Gruppen als etwas hilfreich eingeschätzt. Bücher werden von weiblichen Partnern als etwas hilfreich, von männlichen Partnern als kaum hilfreich bewertet ( $p=,002$ ). Das Internet wird von weiblichen Partnern im Mittelwert als etwas hilfreicher bewertet als von den Männern. Der Unterschied ist nicht signifikant. Medikamente werden von männlichen Partnern als sehr hilfreich, von weiblichen Partnern als kaum bis etwas hilfreich eingeschätzt ( $p=,001$ ).

Gespräche mit dem Pflegepersonal empfinden weibliche Partner durchschnittlich etwas hilfreicher als männliche, der Unterschied ist nicht signifikant. Gespräche mit einem anderen Arzt werden von beiden Geschlechtern als etwas hilfreich bewertet. Gespräche mit Psychologen werden von Frauen als etwas hilfreicher angesehen als von den Männern. Der Unterschied ist nicht signifikant. Sozialarbeiter werden von beiden Partnergruppen gleichermaßen als kaum hilfreich eingeschätzt. Bei der Einschätzung der Psychotherapie unterscheiden sich die Geschlechter signifikant. Weibliche Partner schätzen Psychotherapie viel hilfreicher ein als Männer ( $p=,006$ ).

35,3% der männlichen Partner geben an, nicht zu wissen, was Psychotherapie bedeutet. Partnergespräche werden gleichermaßen als etwas bis kaum hilfreich bewertet. Selbsthilfegruppen werden von beiden Geschlechtern als nicht oder kaum hilfreich bewertet. Die Geschlechtergruppen dieser Stichprobe unterscheiden sich nicht in der Beurteilung der Gespräche mit anderen Patienten (kaum bis etwas hilfreich), der Gruppentherapie (kaum bis etwas hilfreich) und der Seelsorge/Pfarrer (nicht hilfreich). Beide Partnergruppen schätzen viel Ruhe und auch Bewegung als etwas bis sehr hilfreich ein. Die Ergotherapie wird von den Frauen durchschnittlich als etwas hilfreich gesehen, von den Männern als tendenziell kaum hilfreich. Die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant. 38,2% der männlichen Partner geben jedoch an, nicht zu wissen, was Ergotherapie bedeutet.

Bei der Einschätzung der Übereinstimmung mit dem Partner in der Bewertung dieser Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung auf einer Skala von 0 (niedrig) bis 10 (hoch) schätzen die Patienten die Übereinstimmung mit ihren Partnern bei 6 ein, die Partner etwas niedriger bei 5 (mittel). Die Unterschiede sind nicht signifikant. Die Einschätzung der eigenen momentanen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung ergibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten und Partnern. Patienten schätzen sich im Median bei 3,5, Partner bei 4 ein.

### VI.3 Ursachen für die Entstehung der depressiven Erkrankung

Als Ursachen für die depressive Erkrankung nennen 60,9% der Patienten sich selbst, 39,1% äußere Umstände. Bei den Partnern sehen 73,9% den Betroffenen selbst als Ursache, 26,1% der Partner glauben, die Erkrankung wird durch äußere Umstände verursacht. Als zweite Möglichkeit nennen 6,5% der Patienten sich selbst, 71% äußere Umstände. 22,6%

glauben, es sei schicksalhaft. Partner geben als zweite Möglichkeit zu 75,9% äußere Umstände an, 24,1% vermuten, es sei schicksalhaft. Die Untersuchungsgruppen unterscheiden sich nicht in ihrer Beurteilung. Bei den männlichen Patienten ( $n=12$ ) sehen 83,3% die Ursache bei sich selbst, 16,7% in äußeren Umständen.

Bei den weiblichen Patienten ( $n=34$ ) geben 52,9% an, die Ursache seien sie selbst, 47,1% die Ursache liege in äußeren Umständen. Bei den männlichen Partnern ( $n=34$ ) sehen 70,6% die Ursache in der Person der Partnerin, 29,4% in äußeren Umständen. Weibliche Partner ( $n=12$ ) sehen die Ursache zu 83,3% in der Person des Partners, zu 16,7% in äußeren Umständen. Die Geschlechtsunterschiede sind nicht signifikant. Bei den männlichen Patienten geben in der Zweitnennung 25,0% an, das Schicksal bestimme die Krankheit, bei den weiblichen Patienten sind es 21,7%. Männliche Partner vermuten bei der Zweitnennung zu 22,7%, die Erkrankung sei schicksalhaft, weibliche Partner zu 28,6%. Bei der Frage, ob sich die Sicht auf die Krankheitsursachen über die Zeit verändert hat, stimmen 25,0% der männlichen ( $n=3$ ) und 52,9% der weiblichen Patienten ( $n=18$ ) dem zu. Bei den männlichen Partnern räumen 47,1% ( $n=16$ ), bei den weiblichen 33,3% ein ( $n=4$ ), ihre Sicht auf die Ursachen habe sich verändert. 17,6% der männlichen Partner konnten diese Frage nicht beantworten. Die männlichen Patienten sagen beispielsweise, dass sie jetzt denken, sie gehen nicht optimistisch genug durchs Leben oder „ich dachte früher, es liegt an mir, aber es liegt an der Erkrankung“. Bei den weiblichen Patienten hat sich die Sicht beispielsweise von der eigenen Schuld hin zu Annahmen der Vererbung, Stress, strenger Kindheit oder Hänseleien in der Schule verändert. Bei den männlichen Partnern richtet sich die Veränderung dahin, dass sie eher vermuten, es liege mehr an der erkrankten Person. Inzwischen selbst erkrankte Partner glauben nicht mehr an die „eigene Schuld“ des Patienten, Erziehung und nicht nur körperliche Ursachen werden von weiblichen Partnern benannt. In der Gesamtstichprobe werden auf die Frage nach der Veränderung der Sicht auf die Ursachen über die Zeit am häufigsten die eigene Schuld des Patienten oder des Partners, keine Schuld des Patienten oder Partners, Genetik und Erziehung, aber auch Stress oder die Gesellschaft genannt. Ein mehrdimensionales Modell wird nicht benannt.

Bei den männlichen Patienten glauben 91,7%, dass ihre Partnerin in ihnen selbst die Hauptursache der Erkrankung sieht, nur 8,3% denken, die Partnerin macht äußere Umstände verantwortlich. Weibliche Patienten denken zu 50%, ihr Partner halte sie selbst für schuldig, 50% er mache äußere Umstände dafür verantwortlich ( $\chi^2$ :  $p=,011$ ). Bei den männlichen Partnern denken 55,9%, die Patientin halte sich selbst für schuldig, 41,2% glauben, sie mache äußere Umstände verantwortlich. Die weiblichen Partner denken zu 58,3%, der Patient halte sich selbst für schuldig an der Krankheit, 41,7% glauben an äußere Umstände als Erklärung der Patienten. Die Kategorie „schicksalhaft“ ist nicht bedeutsam. Die Männer und

Frauen der Partnerstichprobe und die Teilstichproben unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Auf die Frage, wie der behandelnde Arzt die Meinung der Teilnehmer zu den Krankheitsursachen einschätzt, geben 58,7% der Patienten und 82,6% der Partner an, darüber nicht gesprochen zu haben. 17,4% der Patienten geben an, der Arzt stimme ihnen zu, bei den Partnern sind es 2,2%. Eine teilweise Zustimmung erhielten 8,7% der Patienten und 15,2% der Partner, eine andere Meinung geben 15,2% der Patienten (kein Partner) an. Patienten und Partner unterscheiden sich in ihren Einschätzungen signifikant ( $\chi^2$ :  $p=,027$ ). Männliche Patienten geben zu 58,3% an, der Arzt stimme ihrer Meinung über die Hauptursachen zu, bei den weiblichen Patienten sind es 2,9%. 70,6% der weiblichen Patienten kennen die Arztmeinung nicht, bei den männlichen Patienten sind es 25%. Männliche und weibliche Patienten unterscheiden sich signifikant ( $\chi^2$ :  $p=,000$ ). Bei den Partnern geben 82,4% der männlichen und 83,3% der weiblichen Partner an, die Arztmeinung nicht zu kennen. Die Gruppen unterscheiden sich nicht. Patienten sind zu 87,0% und Partner zu 84,8% davon überzeugt, dass die meisten Menschen die Hauptursache der Erkrankung in dem Erkrankten selbst sehen, nur 2,2% der Patienten und 8,7% der Partner glauben, die meisten Menschen könnten die Hauptursache in äußeren Umständen sehen. Patienten- und Partnerstichproben unterscheiden sich nicht in ihrer Einschätzung. Männliche Patienten glauben zu 91,7%, weibliche zu 50,0%, dass die meisten Menschen die Hauptursache der Erkrankung in dem Erkrankten selbst sehen, bei den Partnern denken 91,2% der Männer und 66,7% der Frauen so. 25,0% der weiblichen Partner halten auch schicksalhafte Annahmen der Menschen für möglich. Die männlichen und weiblichen Patienten unterscheiden sich nicht in ihrer Einschätzung, die Partner unterscheiden sich signifikant ( $\chi^2$ :  $p=,010$ ).

Bei der Befragung nach den Patiententheorien schätzen Patienten (*„Könnten Ihre Beschwerden dadurch verursacht werden, dass Sie sich zu wenig Ruhe gönnen?“*) und Partner (*„Könnten die Beschwerden Ihrer Partnerin/Ihres Partners dadurch verursacht werden, dass sie/er sich häufig Selbstvorwürfe macht?“*) die Items auf einer Skala von 0 (sicher nicht; 1=wenig wahrscheinlich; 2=möglich; 3= sehr wahrscheinlich) bis 4 (ganz sicher) ein.

Patienten und Partner schätzen es als möglich ein, dass zu wenig Ruhe, zu wenig Verständnis der Mitmenschen, Vernachlässigung des Schlafes oder zu wenig Schlaf, zu wenig frische Luft, Unangenehmes auf die lange Bank schieben, Vererbung der gesundheitlichen Anfälligkeit, Auseinandersetzungen mit Kollegen, zu oft Pech im Leben, zu wenig Erholung, leichtsinniger Umgang mit der Gesundheit, wenig Lust auf körperliche Betätigung, zu eintöniger Alltag oder eine angeborene Neigung, bei seelischer Aufregung körperlich zu reagieren, zu der Erkrankung beitragen.



Patienten schätzen fehlende Willenskraft, andauernde Erschöpfung, Sorgen mit nahe stehenden Personen und zu große Strenge gegen sich selbst als sehr wahrscheinlich, Partner als möglich ein. Als sehr wahrscheinlich werden von Patienten und Partnern übereinstimmend eingeschätzt: häufige Selbstvorwürfe, mit Problemen nicht fertig werden, Unzufriedenheit mit den Lebensbedingungen, Ängste können nicht überwunden, unangenehme Dinge nicht verarbeitet werden, häufig in niedergeschlagene Stimmung geraten, Enttäuschung durch bedeutende Personen, Gefühle der Minderwertigkeit und dass die Krankheit schon lange versteckt war und jetzt zum Ausbruch kam. Partner schätzen, sich aus Bequemlichkeit zu sehr gehen lassen und das Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krankheitszeichen als wahrscheinlicher ein als die Patienten. Patienten halten es für möglich, dass sie sich zu sehr auf die „allgemeine Hetze des heutigen Lebens“ einlassen, Partner glauben das nicht (*U-Test:  $p=,004$* ). Patienten halten es für sehr wahrscheinlich, dass sie zu streng gegen sich selbst sind ( $p=,031$ ) und Anforderungen im Beruf oder Haushalt zu hoch sind ( $p=,032$ ), Partner halten es für möglich. Eine Umstellung des Körpers halten Partner für möglich, Patienten nicht ( $p=,026$ ), ebenso eine Medikamentenunverträglichkeit ( $p=,010$ ). Patienten zeigen in dieser Stichprobe eine stärkere *psychosoziale* (außen:  $p=,009$ ; innen:  $p=,024$ ; *gesamt:  $p=,038$* ) und *innere naturalistische Verarbeitung* ( $p=,038$ ).

Die männlichen Patienten ( $n=12$ ) schätzen zu wenig Ruhe ( $p=,016$ ) und das Einlassen auf die allgemeine Hetze des heutigen Lebens ( $p=,050$ ) als viel wahrscheinlicher ein als die weiblichen Patienten ( $n=34$ ). Weibliche Patienten vermuten stärker als die männlichen Patienten: weniger Verständnis der Mitmenschen ( $p=,016$ ), nicht genügend Willenskraft ( $p=,001$ ), andauernde Erschöpfung ohne ersichtlichen Grund ( $p=,003$ ), häufig Selbstvorwürfe ( $p=,009$ ), unangenehme Dinge können nicht verarbeitet werden ( $p=,004$ ), aus Bequemlichkeit zu sehr gehen lassen ( $p=,005$ ), Minderwertigkeit ( $p=,002$ ), Auseinandersetzung mit Kollegen oder Vorgesetzten ( $p=,019$ ), zu oft Pech im Leben ( $p=,001$ ), wenig Lust auf körperliche Betätigung ( $p=,018$ ), zu eintöniger Alltag ( $p=,003$ ), angeborene Neigung, bei seelischer Aufregung körperlich zu reagieren ( $p=,033$ ) und die Krankheit schon lange versteckt war ( $p=,000$ ).

Die weiblichen Patienten zeigen einen höheren Gesamtscore ( $p=,005$ ) und höhere Ausprägungen in *psychosozialen* (außen:  $p=,005$ ; innen:  $p=,010$ ; *gesamt:  $p=,003$* ) und *inneren naturalistischen* ( $p=,000$ ) Patiententheorien als die männlichen Patienten. Männliche Partner schätzen die Vernachlässigung des Schlafes ( $p=,018$ ), eine andauernde Erschöpfung ohne ersichtlichen Grund ( $p=,004$ ), häufige Selbstvorwürfe ( $p=,002$ ) und zu wenig frische Luft ( $p=,000$ ) als wahrscheinlichere Erkrankungstheorie als weibliche Partner ein.

Männliche Partner schätzen zudem die Angewohnheit, unangenehme Dinge auf die lange Bank zu schieben ( $p=,028$ ), Vererbung der gesundheitlichen Anfälligkeit ( $p=,041$ ), zu oft Pech im Leben ( $p=,031$ ), die Umstellung des Körpers ( $p=,010$ ), wenig Lust auf körperliche

Betätigung ( $p=,001$ ) und die angeborene Neigung, bei seelischer Aufregung körperlich zu reagieren ( $p=,007$ ) als wahrscheinlichere Theorie für die Erkrankung des Partners ein als die weiblichen Partner. Weibliche Partner schätzen als sicher ein, dass ihre Partner unangenehme Dinge nicht verarbeiten können, männliche Partner halten es für sehr wahrscheinlich ( $p=,016$ ). Die männlichen Partner weisen den höheren Gesamtscore auf ( $p=,004$ ), sie unterscheiden sich zudem in einer größeren Ausprägung der *naturalistischen Sicht* (innen:  $p=,018$ ; außen:  $p=,021$ ; *gesamt*:  $p=,004$ ) als die weiblichen Partner.

Die Patienten glauben zu 73,9%, dass es einen konkreten Auslöser für die Erkrankung gibt, bei den Partnern gehen 60,9% von dieser Annahme aus. Beide Teilstichproben unterscheiden sich darin nicht. Männliche Patienten glauben zu 50% an *einen* Auslöser, zu je 25% wenig oder gar nicht, weibliche Patienten favorisieren einen Auslöser ( $p=,025$ ). Bei den Partnern ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Bei den Patienten ( $n=46$ ) nennen 13,0% als Auslöser Mobbing, 10,9% all-gemeine Überlastung, 8,7% Arbeitsüberlastung. Der Tod eines Angehörigen ist für 6,5% der Auslöser, 4,3% nennen ungerechte Behandlung, ihren unerfüllten Kinderwunsch oder keine Liebe in der Kindheit. Einige Nennungen betreffen das Fehlen einer Aufgabe durch Arbeitslosigkeit. Das breite Spektrum der Nennungen wird auch in den Zweitnennungen deutlich. Hier werden zum Beispiel auch Pflege von Angehörigen, Überlastung bei Erziehungsaufgaben, Unzufriedenheiten, Probleme nach der „Wende“ oder fehlendes Heimatgefühl angesprochen.

Die Partner vermuten als Auslöser zu 10,9% Überlastung, 8,7% Arbeitslosigkeit, zu je 6,5% Tod eines Angehörigen und moralische Enttäuschung durch nahe stehende Menschen. Auch Unzufriedenheit, beruflich schwierige Situation und Scheidung werden benannt. Bei der Zweitnennung werden beispielsweise Existenzangst (6,5%), das Elternhaus (6,5%), Schichtdienst, innere Unzufriedenheit und Mobbing, grübeln und Perfektionismus vermutet.

#### VI.4 Krankheitsverarbeitung der Patienten und Partner

Patienten beantworteten die offene Frage, was für sie persönlich hilfreich ist, zu 10,9% mit Sport, jeweils 6,5% empfanden die Einnahme von Medikamenten trotz Ablehnung, lange Spaziergänge und Atemtechniken als hilfreich. Auch die Natur, Reitsport, Hausarbeit und Gespräche wurden genannt.

Bei der Zweitnennung wurden zu 10,9% die Teilnahme an dieser Befragung, Gartenarbeit und Basteln (8,7%) als hilfreich eingeschätzt. Entspannungstechniken, in der Natur sein (6,5%) sowie aktiv sein, Zeichnen, auf mein Äußeres achten oder Filme ansehen, in denen Menschen schwierige Situationen meistern (4,3%) wurden genannt. 89,1% der Patienten konnten eine zweite, 80,4% eine dritte hilfreiche Möglichkeit benennen. Bei der dritten Nennung werden die Teilnahme an der Befragung (10,9%), Garten, Spaziergänge in der Natur,

an die Kinder denken statt an die Krankheit und der Aufenthalt am Meer (6,5%) als hilfreich benannt. Bei den Partnern nennen 23,9% Ablenkung mit Arbeit als hilfreiche Strategie. Ansonsten sind die Antworten sehr breit gefächert, jeweils 4,3% empfinden die Konzentration auf den Alltag, sich um die Kinder oder um die Partnerin kümmern und alles organisieren als hilfreich. 87,0% der Partner nennen eine zweite, 41,3% eine dritte Möglichkeit zum Umgang mit der Situation. Als zweite Möglichkeit werden von 8,7% der Partner Gespräche, Konzentration auf die Arbeit, mit Arbeitskollegen treffen und sich um die Kinder kümmern genannt. Die Einnahme von Vitalstoffen und das Treffen mit Freunden werden von 6,5% als hilfreich empfunden. Als dritte Möglichkeit nennen 8,7% der Partner Literatur und Streit vermeiden.

Bei den Patienten äußern sich 93,5% zu *nicht* hilfreichen Strategien oder Erfahrungen, 65,2% der Patienten haben eine Zweit-, 63,0% eine Drittmeinung. Als *nicht hilfreich* nennen 21,7% der Patienten Alkohol, 8,7% eine Paartherapie und je 6,5% Partnergespräche, Ratschläge und die alleinige Schulmedizin. Auch Vorschläge, Arztgespräche mit dem Partner, die Aufforderung zum Bücherlesen, Selbsthilfegruppen ohne Anleitung, immer für andere da sein und Weight Watchers werden zu 4,3% als nicht hilfreich benannt. Weitere nicht hilfreiche Strategien der Patienten (Zweitnennung) sind: noch mehr arbeiten (17,4%), Alkohol (8,7%), gemeinsame Arztgespräche und Beruhigungsmittel (6,5%). Als drittes werden Gespräche mit Menschen, die die Erkrankung nicht kennen (13,0%), essen (8,7%), Selbsthilfegruppe und Alkohol (6,5%), zu allgemeine Informationen, unsympathische Psychotherapeuten, gemeinsame Arztgespräche oder mit niemandem darüber reden (4,3%) als nicht hilfreich benannt.

Bei den Partnern äußern sich 95,7% zu nicht hilfreichen Erfahrungen, 73,9% der Partner haben eine Zweit-, 41,3% eine Drittmeinung. 23,9% geben als erste Nennung Gespräche mit dem Partner oder der Partnerin, 13,0% Alkohol, je 8,7% Ratschläge und alleinige Schulmedizin als nicht hilfreiche Erfahrungen an. Auch Paartherapie, Psychotherapie, Vorschläge machen, „Weight Watchers“ und Mitleid (4,3%) werden angegeben.

Partner benennen als zweites zu 13,0% Alkohol, je 6,5% haben gemeinsame Arztgespräche, Bevormundung von Therapeuten, noch mehr arbeiten oder eine Arbeit für die Partnerin finden als nicht hilfreich empfunden. Auch Gespräche und Streitgespräche, den anderen überreden wollen und Aufmunterungen (4,3%) werden genannt. Als drittes beschreiben 8,7%, dass Vorschläge als Vorwurf gehört wurden, je 6,5% benennen Alkohol, Forderungen stellen und ihn/sie überzeugen wollen als nicht hilfreich.

Für die Beantwortung der Frage, welche Strategien Patienten und Partnern nach dem Krankheitseintritt am meisten geholfen haben, wurden die Items des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung genutzt. Bei den Patienten versuchen die meisten, sich abzulenken (26,1%), genau den ärztlichen Rat zu befolgen (17,4%) oder Vertrauen in die Ärzte zu setzen

(15,2%). 13,0% suchen Informationen über die Erkrankung. Bei den Partnern setzen 19,6% Vertrauen in die Ärzte, 15,2% versuchen, sich abzulenken und 10,9% machen sich selbst Mut oder suchen Erfolge und Selbstbestätigung, 8,7% meinen, der ärztliche Rat sollte genau befolgt werden. Informationen über die Erkrankung werden von nur einem Partner gesucht. Aktive Anstrengungen zur Lösung, Hilfe in Anspruch nehmen oder Gefühle nach außen zeigen, werden von beiden Gruppen nicht gewählt. Die Strategie, in der Krankheit einen Sinn zu sehen, befürworten 2,2% der Patienten und 6,5% der Partner. Die Strategie, sich auf frühere Erfahrungen mit Schicksalsschlägen zu besinnen, war nur für einen Patienten (2,2%) hilfreich. Als zweites nennen 17,4% der Patienten und 13,0% der Partner die Strategie der Ablenkung, 17,4% der Patienten und 4,3% der Partner, Vertrauen in die Ärzte setzen. 13,0% der Patienten halten es für hilfreich, genau den ärztlichen Rat zu befolgen, bei den Partnern sind es 8,7%. Bei den Patienten suchen 8,7% der Patienten Informationen über die Erkrankung, bei den Partnern gibt das keiner an. Kein Patient wählt die Strategie, sich selbst Mut machen, bei den Partnern sind das 15,2%. 8,7% der Partner suchen Erfolge und Selbstbestätigung, bei den Patienten geben 2,2% diese Alternative an. 6,5% halten es für hilfreich, sich auf Erfahrungen mit früheren Schicksalsschlägen zu besinnen, bei den Patienten wählt das nur ein Patient (2,2%). Bei der Drittnennung geben 21,7% der Patienten und 19,6% der Partner an, zu versuchen, Abstand zu gewinnen. 21,7% der Partner setzen ihr Vertrauen in die Ärzte, das gibt nur ein Patient an (2,2%). 19,6% der Patienten meinen, Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen, habe ihnen am meisten geholfen, bei den Partnern wird dieses Item nicht gewählt. 8,7% der Partner versuchen, sich abzulenken (Patienten: 2,2%), Erfolge und Selbstbestätigung zu suchen (Patienten: 4,3%) und aktive Anstrengungen zur Lösung zu unternehmen (kein Patient).

Die freien Antworten auf die Frage, was Patienten und Partner bisher alles versucht haben, damit es ihrem Partner besser geht, sind sehr vielfältig und individuell. Die Patienten nennen am häufigsten (10,9%) Aktivitäten und 8,7%, dass kleine Wünsche erfüllt werden. 4,3% der Patienten geben an, die Partner hätten Blumen geschenkt, Gespräche geführt, beim Sport (beispielsweise Reitsport) oder finanziell unterstützt, ein Paargespräch organisiert, sei für sie da, begleite bei der Therapie und sage, dass er sie liebt. Die Partner geben zu 21,7% gemeinsame Gespräche an, 19,6% der Partner wissen es nicht und 4,3% meinen, der Partner habe bisher nichts für sie getan. 6,5% der Partner sagen, ihr Partner habe versucht, ihnen „das alles“ zu erklären, weitere 6,5% haben gemeinsam einen Kurs („Tai-Chi“) besucht. 4,3% geben als hilfreich an, der Patient versuche selbst, auf sein Verhalten zu achten, die Wünsche des Partners zu erfüllen, kümmere sich um die kranke Mutter des Partners oder habe gemeinsame Arztgespräche organisiert.

Die Zusammenfassung und Auswertung der Copingstrategien erfolgte auf der Grundlage des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung. Erwartungsgemäß zeigen Patienten ein höhe-

res Maß an depressiver Verarbeitung als die Partner (*U-Test:  $p=,000$* ). Patienten zeigen eine geringere Ausprägung im aktiven problembezogenen Coping, die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant. Partner zeigen eine größere Ausprägung in Ablenkung und Selbstaufbau ( $p=,006$ ), Patienten in Religiosität und Sinnsuche als die Partner ( $p=,045$ ). In dem Bereich Bagatellisierung und Wunschdenken unterscheiden sich beide Gruppen nicht. Patienten suchen mehr Informationen über die Erkrankung als Partner ( $p=,033$ ). Patienten geben an, sich mehr mit Wunschdenken und Tagträumen zu beschäftigen als Partner ( $p=,001$ ), sich selbst mehr die Schuld zu geben ( $p=,000$ ), mehr Gefühle nach außen zu zeigen als Partner ( $p=,014$ ), sich mehr zu bemitleiden ( $p=,001$ ) und mehr zu grübeln ( $p=,000$ ). Patienten möchten in dieser Situation anderen mehr Gutes tun ( $p=,008$ ), nehmen mehr Hilfe anderer in Anspruch ( $p=,000$ ), lassen sich lieber von anderen umsorgen ( $p=,000$ ) und ziehen sich etwas stärker von anderen Menschen zurück als die Partner ( $p=,000$ ).

Die Partner geben an, mehr die Strategie zu nutzen, einen Plan zu machen und danach zu handeln ( $p=,004$ ), sich selbst Mut zu machen ( $p=,026$ ), Erfolge und Selbstbestätigung zu suchen ( $p=,001$ ) und Galgenhumor zu entwickeln ( $p=,025$ ). Patienten und Partner zeigen die größten Ausprägungen in den Bereichen: Nicht-Wahrhaben-Wollen, Gefühle unterdrücken und Selbstbeherrschung, entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen, sich abzulenken versuchen, Abstand zu gewinnen, ins Grübeln kommen, genau den ärztlichen Rat befolgen und Vertrauen in die Ärzte setzen.

Die geringste Ausprägung zeigen Patienten und Partner in den Bereichen: sich mehr gönnen, die Krankheit als Schicksal annehmen, Trost im religiösen Glauben suchen, einen Sinn in der Krankheit zu sehen oder sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat.

Weibliche Patienten zeigen eine größere Ausprägung an depressiver Verarbeitung als Männer ( $p=,011$ ). Bei den Partnern zeigen Frauen höhere Werte in Religiosität und Sinnsuche ( $p=,044$ ), Männer bei Bagatellisierung und Wunschdenken ( $p=,010$ ).

Innerhalb der Patientenstichprobe zeigen Frauen ein höheres Ausmaß darin, das Geschehene nicht wahrhaben zu wollen ( $p=,038$ ), andere verantwortlich zu machen ( $p=,049$ ), Stimmungsverbesserung durch Alkohol und Beruhigungsmittel zu suchen ( $p=,018$ ) und sich selbst zu bemitleiden ( $p=,002$ ). Männliche Patienten unternehmen mehr aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme ( $p=,010$ ), machen eher einen Plan und handeln danach ( $p=,014$ ), gönnen sich mehr ( $p=,004$ ) und versuchen stärker, einen Sinn in der Krankheit zu sehen ( $p=,010$ ) als die weiblichen Patienten. Die höchsten Ausprägungen zeigen beide Patientengeschlechtergruppen in den Bereichen: sich selbst die Schuld geben, sich abzulenken versuchen, Abstand zu gewinnen, ins Grübeln kommen, genau den ärztlichen Rat befolgen und Vertrauen in die Ärzte setzen.

Innerhalb der Partnerstichprobe zeigen männliche Partner eine größere Ausprägung im Nicht-Wahrhaben-Wollen des Geschehenen ( $p=,019$ ), dem Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite ( $p=,005$ ), andere verantwortlich zu machen ( $p=,023$ ), sich abzulenken ( $p=,021$ ), Abstand zu gewinnen ( $p=,031$ ), genau den ärztlichen Rat zu befolgen ( $p=,029$ ), Vertrauen in die Ärzte setzen ( $p=,038$ ) und Galgenhumor zu entwickeln ( $p=,004$ ) als weibliche Partner. Weibliche Partner sind eher in der Lage zu versuchen, in der Krankheit einen Sinn zu sehen ( $p=,002$ ), etwas misstrauischer bezüglich der Ärzte oder der Diagnose zu sein ( $p=,040$ ) und die Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen ( $p=,047$ ) als männliche Partner. Partner zeigen insgesamt die größten Ausprägungen in den Bereichen: aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen, Gefühle unterdrücken und Selbstbeherrschung, Erfolge und Selbstbestätigung suchen, sich abzulenken versuchen, ins Grübeln kommen. Kaum ausgeprägt sind die Strategien: Gefühle nach außen zeigen, Stimmungsverbesserung durch Alkohol und Beruhigungsmittel suchen, sich mehr gönnen, sich selbst bemitleiden, die Krankheit als Schicksal annehmen, Trost im religiösen Glauben suchen, in der Krankheit einen Sinn zu sehen, sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat, den Ärzten misstrauen und die Diagnose überprüfen lassen, Hilfe anderer in Anspruch nehmen, sich gerne umsorgen lassen und sich auf frühere Erfahrungen mit Schicksalsschlägen besinnen.

Bei der Einstellung zu Krankheit und Gesundheit haben alle Teilnehmer die Items des Fragebogens zu Krankheit und Gesundheit (KKG) auf einer Skala eingeschätzt (6=trifft sehr zu, 5=trifft zu, 4=trifft etwas zu, 3=trifft eher nicht zu, 2=trifft nicht zu, 1=trifft gar nicht zu). Patienten und Partner schätzen ein (Median: 4), dass sie sich die Erkrankung etwas selbst zuzuschreiben haben. Bei den Partnern ist diese Meinung ausgeprägter (*U-Test*:  $p=,049$ ). Patienten glauben etwas mehr, es sei Pech, wenn Beschwerden auftreten ( $p=,000$ ) oder das Schicksal habe etwas mehr Anteil daran ( $p=,040$ ) als Partner. Partner glauben etwas mehr, dass Beschwerden durch bessere eigene Achtsamkeit vermeidbar sind ( $p=,001$ ), während Patienten in stärkerem Maße annehmen (Median:4), das Wohlbefinden lässt sich nicht beeinflussen ( $p=,006$ ) als die Partner (Median:3).

Beide Gruppen glauben eher nicht, dass das Verschwinden der Beschwerden von Glück abhängig sei, dennoch zeigen die Partner hier eine stärkere Ausprägung ( $p=,049$ ). Partner haben etwas mehr die Gewissheit, sich bei Beschwerden selbst helfen zu können ( $p=,000$ ) und glauben etwas mehr, dass es an ihnen liege, wenn die Beschwerden nachlassen ( $p=,001$ ). Partner glauben, dass andere etwas besser wissen, was ihnen fehlt, Patienten meinen das nicht ( $p=,032$ ). Partner meinen, dass es zutrifft, dass es an einem selbst liegt, sich vor Beschwerden zu schützen, Patienten glauben das nur bedingt ( $p=,001$ ). Partner zeigen wesentlich höhere Werte in der *Internalität* als Patienten ( $p=,000$ ), in der *fatalistischen Externalität* zeigen die Patienten eine deutlich höhere Ausprägung als die Partner ( $p=,013$ ).

Patienten („trifft etwas zu“) und Partner („trifft zu“) glauben, dass sie bei Beschwerden nicht genug auf sich aufgepasst haben. Beide Gruppen glauben, dass es etwas zutrifft (Median:4), dass sie mit genügendem Wissen über sich selbst sich selbst helfen können. Sie glauben eher nicht, dass sie es dem Schicksal verdanken, dem Glück oder einem besonders guten Arzt, wenn Beschwerden verschwinden oder die Länge der Beschwerden vom Zufall oder vom Glück abhängt (Median:3).

In der Patientenstichprobe glauben Männer in stärkerem Maße, sie hätten es sich selbst zuzuschreiben, wenn sie sich seelisch und körperlich nicht wohl fühlen, weibliche Patienten glauben das eher nicht ( $p=,033$ ). Weibliche Patienten geben an, bei Beschwerden viel eher einen Arzt aufzusuchen als männliche Patienten ( $p=,007$ ). Männer glauben, sie hätten selbst nicht genug auf sich aufgepasst, Frauen stimmen dem nur etwas zu ( $p=,001$ ), der Einfluss des Zufalls auf die Krankheitsdauer wird von männlichen Patienten viel stärker abgelehnt ( $p=,028$ ) als von den weiblichen Patienten. Männliche Patienten lehnen Pech als Erklärung für Beschwerden ab, die weiblichen Patienten wählen eher dieses Erklärungsmodell ( $p=,010$ ).

Tendenziell wird das Schicksal eher von weiblichen als von männlichen Patienten als Erklärung für das Auftreten von Beschwerden befürwortet. Männliche Patienten sind eher davon überzeugt, dass durch Beratung Beschwerden vermeidbar sind, weibliche Patienten glauben das eher nicht ( $p=,026$ ). Die weiblichen Patienten denken in stärkerem Maße, dass sie es dem Schicksal verdanken, wenn die Beschwerden verschwinden, Männer glauben das nicht ( $p=,040$ ). Männliche Patienten haben eine etwas größere Gewissheit, dass sie sich selbst helfen können, die weiblichen Patienten glauben das nicht ( $p=,000$ ). Glück und Zufall spielen bei beiden Geschlechtern kaum eine Rolle als Erklärungsmodell, ebenfalls glauben beide Gruppen eher nicht, dass andere am besten wissen, was ihnen fehlt (Median:3).

Die männlichen Patienten meinen, dass es an ihnen selbst liegt, wenn die Beschwerden nachlassen, die weiblichen Patienten glauben das eher nicht ( $p=,017$ ). Während die männlichen Patienten denken, es liegt an ihnen, sich vor Beschwerden zu schützen, stimmen weibliche Patienten diesem Sachverhalt nur teilweise zu ( $p=,001$ ). Insgesamt zeigen die männlichen Patienten ein größeres Ausmaß an *Internalität* bei der Krankheitsattribution ( $p=,005$ ), während die weiblichen Patienten *fatalistischer* eingestellt sind als die männlichen Patienten (*T-Werte*:  $p=,047$ ). Bei der sozialen Externalität erreichen die weiblichen Patienten höhere Mittelwerte als die männlichen Patienten, die Gruppenunterschiede werden nicht signifikant.

In der Partnerstichprobe glauben Frauen noch stärker als Männer, dass sich das Wohlbefinden selbst beeinflussen lässt ( $p=,014$ ), nicht von einem guten Arzt ( $p=,000$ ), vom Glück ( $p=,002$ ) oder vom Schicksal ( $p=,001$ ) sowie die Krankheitsdauer nicht vom Zufall ( $p=,013$ ) abhängt. Weibliche Partner meinen nicht, dass sich Beschwerden durch Beratung vermeiden

lassen, Männer glauben etwas daran ( $p=,005$ ). Frauen sind davon überzeugt, dass genügend Wissen über sich selbst dazu führt, sich selbst helfen zu können (Median:5), Männer stimmen dem tendenziell etwas weniger zu (Median:4). Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant.

Beide Geschlechtergruppen glauben, dass sie sich bei Beschwerden etwas selbst helfen können und es etwas an ihnen selbst liegt, wenn die Beschwerden nachlassen (Median:4). Glück und Zufall spielen für weibliche Partner eine noch geringere Rolle für das eigene Befinden (Median:2) als für die männlichen Partner ( $p=,027$ ). Männliche Partner glauben etwas daran, dass andere am besten wissen, was ihnen fehlt, weibliche Partner stimmen dem eher nicht zu ( $p=,026$ ).

Die männlichen Partner geben an, noch eher einen Arzt aufzusuchen als die weiblichen Partner ( $p=,018$ ). Weibliche Partner schätzen es als zutreffend ein, dass es an einem selbst liegt, sich vor Beschwerden zu schützen, Männer stimmen dem etwas weniger zu ( $p=,020$ ).

Männliche und weibliche Partner schätzen es als zutreffend ein, dass Beschwerden auftreten, wenn ich nicht genug auf mich aufpasse (Median:4,5 und 5).

Männliche und weibliche Partner unterscheiden sich nicht in der Internalität der Aussagen. Männliche Partner zeigen höhere Werte in der *sozialen* ( $p=,003$ ) und *fatalistischen Externalität* ( $p=,005$ ) als weibliche Partner.

## VI.5 Wahrgenommene Verantwortlichkeit und Unterstützungsverhalten

Bei der Einschätzung der eigenen wahrgenommenen Verantwortlichkeit („eigenes Verschulden“) für die Krankheitsentstehung auf einer Skala von 0 (niedrig) bis 10 (hoch) schätzen die Patienten die eigene Verantwortlichkeit höher ein als die Partner (*t-Test*:  $p=,000$ ). Bei den Patienten liegt der Mittelwert bei 4,89 ( $SD=2,273$ ), bei den Partnern bei 3,00 ( $SD=1,909$ ). Die Einschätzung der Verantwortlichkeit der Partner erfolgt ebenfalls auf einer zehnstufigen Skala. Die Patienten dieser Stichprobe (Mittelwert: 4,04;  $SD=3,040$ ) schätzen die Verantwortlichkeit der Partner als etwas geringer ein als die Partner (Mittelwert: 5,13;  $SD=2,746$ ) die Verantwortlichkeit der Patienten. Dennoch schätzen 30,4% der Partner den Anteil des Partners bei dem Wert 8 (von 10) ein, bei den Patienten sind das 15,2% und 17,4% bei dem Wert 7. 21,7% der Patienten geben den Wert 0 an. Die männlichen Patienten (Mittelwert: 5,67;  $SD=2,964$ ) als auch die männlichen Partner (Mittelwert: 3,21;  $SD=1,903$ ) schätzen die Verantwortlichkeit des Partners höher ein als die weiblichen Patienten (Mittelwert: 4,62;  $SD=1,954$ ) und die weiblichen Partner (Mittelwert: 2,42;  $SD=1,881$ ). Die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant. Interessant erscheint, dass die weiblichen Patienten durchschnittlich höhere Mittelwerte als die weiblichen Partner aufweisen.



Die Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen erscheint für die Partner mit einem Mittelwert von 8,35 ( $SD=1,609$ ) etwas wichtiger als für die Patienten (Mittelwert: 7,50;  $SD=2,563$ ), der Unterschied ist nicht signifikant. Männliche und weibliche Patienten unterscheiden sich nicht signifikant in ihren Einschätzungen. Der Mittelwert liegt bei den weiblichen Patienten ( $n=34$ ) bei 7,41 ( $SD=2,324$ ), bei den männlichen Patienten ( $n=12$ ) bei 7,75 ( $SD=3,251$ ). Bei den männlichen Partnern ( $n=34$ ) liegt der Mittelwert bei 8,06 ( $SD=1,536$ ), bei den weiblichen Partnern ( $n=12$ ) beträgt der Mittelwert 9,17 ( $SD=1,586$ ), die Gruppen unterscheiden sich signifikant ( $t$ -Test:  $p=,039$ ). Die Übereinstimmung mit dem Partner in der Krankheitsbewältigung und den Therapiemaßnahmen ergibt keine Unterschiede zwischen Patienten- und Partnerstichprobe. Die Patienten weisen einen etwas höheren Mittelwert (5,72;  $SD=2,562$ ) als die Partner dieser Stichprobe (Mittelwert: 5,39;  $SD=2,005$ ) auf.

Männliche Patienten unterscheiden sich mit einem Mittelwert von 5,92 ( $SD=2,843$ ) nicht signifikant von den weiblichen Patienten (Mittelwert: 5,65;  $SD=2,497$ ). Männliche Partner unterscheiden sich mit einem Mittelwert von 5,29 ( $SD=1,947$ ) ebenfalls nicht signifikant von den weiblichen Partnern (Mittelwert: 5,67;  $SD=2,229$ ) in der Übereinstimmung mit dem Partner in der Krankheitsbewältigung und den Therapiemaßnahmen. Die höchsten Ausprägungen zeigen sich bei den Patienten bei den Werten 8 (17,4%) und 3 (15,2%). Weitere 15,2% schätzen die Übereinstimmung mit dem Partner bei 9 ein. Bei den Partnern schätzen 28,3% die Übereinstimmung bei 5 (mittel), je 19,6% bei 8 und 3 ein.

Die momentanen Bemühungen des Partners werden von den Patienten im Mittelwert bei 6,41 ( $SD=2,978$ ), von den Partnern bei 5,67 ( $SD=2,725$ ) eingeschätzt. Die Unterschiede sind nicht signifikant. Bei den Patienten geben 23,9% den Wert 8 (von 10) an, 19,6% den Wert 2. Bei den Partnern finden sich zwei Spitzen (je 17,4%) bei den Werten 2 und 7. Die männlichen Patienten unterscheiden sich mit einem Mittelwert von 8,17 ( $SD=2,949$ ) signifikant ( $t$ -Test:  $p=,016$ ) von den weiblichen Patienten (Mittelwert: 5,79;  $SD=2,772$ ). Die weiblichen Partner unterscheiden sich mit einem Mittelwert von 7,17 ( $SD=2,588$ ) signifikant ( $t$ -Test:  $p=,026$ ) von den männlichen Partnern (Mittelwert: 5,15;  $SD=2,607$ ) in ihrer Einschätzung.

Die momentanen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung werden insgesamt eher niedrig eingeschätzt. 41,3% der Patienten bewerten ihre Möglichkeiten mit 2 (von 10), 15,2% mit 3, 17,4% mit 4. Bei den Partnern schätzen 32,6% ihre Möglichkeiten bei dem Wert 4, 28,3% bei 2 ein. Der Mittelwert der Patienten liegt bei 4,28 ( $SD=2,115$ ), bei den Partnern beträgt er 4,09 ( $SD=1,749$ ). Der Unterschied ist nicht signifikant. Die männlichen Patienten (Mittelwert: 6,25;  $SD=2,491$ ) unterscheiden sich von den weiblichen Patienten (Mittelwert: 3,59;  $SD=1,459$ ) in ihren momentan eingeschätzten Möglichkeiten, die Krankheit zu bewältigen, signifikant ( $t$ -Test:  $p=,000$ ). Bei den Partnern unterscheiden sich die männlichen (Mittelwert: 3,88;  $SD=1,452$ ) nicht signifikant von den weiblichen Teilnehmern (Mittelwert: 4,67;  $SD=2,387$ ). Der momentan empfundene Ärger aufgrund der Erkrankung wird von den Patienten auf einer

zehnstufigen Skala mit einem Mittelwert von 7,28 ( $SD=2,029$ ) bewertet. Die Partner schätzen den Ärger mit einem Mittelwert von 5,85 ( $SD=2,556$ ) geringer ein. Der Unterschied ist mit  $p=,004$  ( $t$ -Test) signifikant. Die weiblichen Patienten (Mittelwert: 7,82;  $SD=1,834$ ) unterscheiden sich signifikant ( $p=,002$ ) von den männlichen Patienten (Mittelwert: 5,75;  $SD=1,815$ ) in ihrer Einschätzung. Die männlichen Partner geben im Mittelwert (6,18;  $SD=2,236$ ) eine höhere Ausprägung an Ärger an als die weiblichen Partner (Mittelwert: 4,92;  $SD=3,232$ ), der Gruppenunterschied ist nicht signifikant.

Bei den Patienten geben 23,9% den Wert 9 (von 10) an, 21,7% den Wert 8, 17,4% den Wert 7. Die Partner entscheiden sich mit 21,7% für den Wert 8, zu 13,0% für 9, nur 13,0% für den Wert 5 (mittel). Innerhalb der Gesamtstichprobe ( $n=92$ ) bestehen Zusammenhänge (Rangkorrelation nach Spearman  $r_s$ ) zwischen der Übereinstimmung mit dem Partner in den Therapiemaßnahmen und der Einschätzung des Beitrags der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung ( $r_s=,623$ ) sowie der Bemühung des Partners bei der Bewältigung ( $r_s=,698$ ). Die Übereinstimmung in den Therapiemaßnahmen ist umso größer, je geringer der Anteil des Partners an der Krankheitsentstehung eingeschätzt wird ( $r_s= -,548$ ). Der Beitrag der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung wird umso höher eingeschätzt, je geringer der eigene Anteil des Partners bewertet wird ( $r_s= -,677$ ). Weiterhin besteht ein Zusammenhang zwischen den Einschätzungen des Beitrags der Partnerschaft und den Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung ( $r_s=,671$ ). Die Einschätzung des eigenen Anteils bei der Krankheitsentstehung weist in der Gesamtstichprobe keine Zusammenhänge mit den anderen Skalen auf.

In der Patientenstichprobe ( $n=46$ ) zeigt die Übereinstimmung mit dem Partner in den Therapiemöglichkeiten signifikante ( $p=,001$ ) positive Zusammenhänge mit dem Beitrag der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung ( $r_s=,636$ ), den Bemühungen des Partners ( $r_s=,759$ ) und einen negativen Zusammenhang mit der Einschätzung des Anteils des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s= -,531$ ). Die momentane Krankheitsbewältigung zeigt Zusammenhänge mit dem Beitrag der Partnerschaft ( $r_s=,471$ ), den Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung ( $r_s=,575$ ) und einen geringen negativen Zusammenhang mit dem empfundenen Ärger an ( $r_s= -,358$ ). Die Einschätzung des Beitrags der Partnerschaft korreliert auch positiv ( $p=,001$ ) mit den wahrgenommenen Bemühungen des Partners ( $r_s=,765$ ) und negativ mit dem zugeschriebenen Anteil des Partners bei der Entstehung ( $r_s= -,676$ ). Die Einschätzung der Bemühungen des Partners korreliert positiv ( $p=,001$ ) mit der Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen ( $r_s=,613$ ) und erwartungsgemäß negativ mit dem Anteil des Partners an der Krankheitsentstehung ( $r_s= -,564$ ). Der Ärger aufgrund der Erkrankung weist einen geringen negativen Zusammenhang ( $p=,005$ ) mit der Krankheitsbewältigung ( $r_s= -,358$ ) und dem eigenen Anteil bei der Krankheitsentstehung ( $r_s= -,417$ ) auf. Die Einschätzung des Anteils des Partners bei der Krankheitsentstehung ist für die

Patienten negativ mit der Übereinstimmung mit dem Partner bei der Krankheitsbewältigung ( $r_s = -,531$ ), dem Beitrag der Partnerschaft ( $r_s = -,676$ ) und den Bemühungen des Partners ( $r_s = -,564$ ) verknüpft.

In der Partnerstichprobe ( $n=46$ ) weist die Höhe der Übereinstimmung mit dem Partner in der Krankheitsbewältigung mittlere Korrelationen ( $p=,001$ ) mit der momentanen Krankheitsbewältigung ( $r_s = ,585$ ), dem Beitrag der Partnerschaft bei der Bewältigung ( $r_s = ,535$ ), den eingeschätzten Bemühungen des Partners ( $r_s = ,585$ ) und der Wichtigkeit der Partnerschaft bei der Bewältigung ( $r_s = ,528$ ) auf. Negative Zusammenhänge ( $p=,001$ ) ergeben sich zwischen der Übereinstimmung mit dem Partner und dem Ärger aufgrund der Erkrankung ( $r_s = -,498$ ) sowie der Einschätzung des Anteils des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s = -,566$ ). Die momentane Krankheitsbewältigung steht im Zusammenhang ( $p=,001$ ) mit dem Beitrag der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung ( $r_s = ,567$ ), den Bemühungen des Partners ( $r_s = ,590$ ) und der Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen ( $r_s = ,473$ ). Ein negativer Zusammenhang ( $p=,001$ ) besteht zwischen der momentanen Krankheitsbewältigung und dem empfundenen Ärger aufgrund der Erkrankung ( $r_s = -,497$ ).

Die Einschätzung des Beitrags der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung weist eine mittlere Korrelation ( $p=,001$ ) mit den Bemühungen des Partners ( $r_s = ,615$ ) und negative Korrelationen mit dem empfundenen Ärger ( $r_s = -,508$ ), dem eingeschätzten Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s = -,651$ ) und dem eigenen Anteil bei der Krankheitsentstehung des Partners ( $r_s = -,487$ ). Die Bemühungen des Partners stehen in einem Zusammenhang mit dem Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s = -,526$ ). Der Ärger aufgrund der Erkrankung korreliert bei den Partnern negativ mit dem Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung ( $r_s = -,508$ ) und der eingeschätzten Bemühung des Partners ( $r_s = -,584$ ). Ein geringer Zusammenhang ( $p=,001$ ) besteht zwischen dem Ärger und dem vermuteten Anteil des Partners an der Krankheitsentstehung ( $r_s = ,444$ ).

Innerhalb der Patientenstichprobe unterscheiden sich Patienten, die ihre Partnerschaft als „glücklich“ oder „unglücklich“ einschätzen, nicht signifikant in ihrer Einschätzung der Hauptursache der Erkrankung. In beiden Gruppen meinen etwa 60%, sie sehen die Hauptursache bei sich selbst, etwa 40% in äußeren Umständen. In der Partnerstichprobe sehen 96,0% der Partner, die ihre Beziehung als „unglücklich“ beschreiben, die Hauptursache in dem Patienten selbst, bei den „glücklichen“ Partnern sind das nur 47,6%. Beide Partnergruppen unterscheiden sich signifikant (*U-Test:  $p=,000$* ).

Die Sicht auf die Hauptursache der Erkrankung (Patient selbst, äußere Umstände oder Schicksal) weist in der Gesamtstichprobe eine sehr geringe Korrelation, in der Patientenstichprobe keine Korrelation mit der Partnerschaftszufriedenheit auf. Die Aussage der Partner zur Hauptursache korreliert positiv ( $p=,001$ ) mit der Partnerschaftszufriedenheit ( $r_s = ,549$ ).

Innerhalb der Gesamtstichprobe bestehen positive Korrelationen zwischen Teilnehmern, die ihre Beziehung als „glücklich“ bewerten und ihren Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung ( $r_s=,400$ ), dem Beitrag der Partnerschaft zur Bewältigung ( $r_s=,693$ ), der Übereinstimmung mit dem Partner bei den Therapiemaßnahmen ( $r_s=,603$ ) und den Bemühungen des Partners ( $r_s=,655$ ). Ein negativer Zusammenhang besteht zum Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s=-,747$ ) und eine geringe Korrelation zum empfundenen Ärger ( $r_s=-,312$ ).

Innerhalb der Patientenstichprobe besteht nur eine geringe Korrelation zwischen der Partnerschaftszufriedenheit und der momentanen Krankheitsbewältigung ( $r_s=,358$ ). Mittlere Korrelationen bestehen zwischen der Partnerschaftszufriedenheit und dem Beitrag der Partnerschaft zur Bewältigung ( $r_s=,632$ ), der Übereinstimmung mit dem Partner in den Maßnahmen ( $r_s=,715$ ), der Einschätzung der Bemühung des Partners ( $r_s=,717$ ) und ein negativer Zusammenhang mit dem Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s=-,728$ ).

Nur in der Partnerstichprobe zeigen sich Zusammenhänge zwischen der Annahme der Hauptursache und anderen Einschätzungen. Die Attribution der Hauptursache auf äußere Umstände weist mittlere Korrelationen mit der Partnerschaftszufriedenheit ( $r_s=,549$ ), mit dem Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung ( $r_s=,472$ ), den eingeschätzten Bemühungen des Partners ( $r_s=,450$ ), der Übereinstimmung mit dem Partner in den Therapiemaßnahmen ( $r_s=,426$ ) und erwartungsgemäß negativ mit dem Anteil des Partners an der Entstehung ( $r_s=-,462$ ). Es bestehen keine Korrelationen mit dem Ärger oder der Wichtigkeit der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung.

Die Partnerschaftszufriedenheit korreliert ( $p=,001$ ) mit der momentanen Krankheitsbewältigung ( $r_s=,455$ ), dem Beitrag der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung ( $r_s=,737$ ), den Bemühungen des Partners ( $r_s=,573$ ) und hoch signifikant negativ mit dem Anteil des Partners ( $r_s=-,748$ ) und dem eigenen Anteil bei der Krankheitsentstehung ( $r_s=-,486$ ) sowie dem Ärger aufgrund der Erkrankung ( $r_s=-,547$ ). Der Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung steht in einem hoch signifikanten negativen Zusammenhang mit den momentanen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung ( $r_s=-,502$ ), dem Beitrag der Partnerschaft ( $r_s=-,651$ ), der Übereinstimmung mit dem Partner in den Therapiemaßnahmen ( $r_s=-,566$ ), den eingeschätzten Bemühungen des Partners ( $r_s=-,526$ ) und positiv mit dem empfundenen Ärger ( $r_s=,444$ ). Für die Erfassung der Copingstrategien wurden die Skalen des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung mit den Einschätzungsskalen korreliert (Rangkorrelation nach Spearman).

In der Patientenstichprobe ( $n=46$ ) korreliert die Copingstrategie „depressive Verarbeitung“ signifikant ( $p=,001$ ) mit der Strategie „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ( $r_s=,659$ ) und erwartungsgemäß negativ mit „aktivem problembezogenen Coping“ ( $r_s=-,558$ ) und gering negativ mit „Religiosität und Sinnsuche“ ( $r_s=-,316$ ). Die „depressive Verarbeitung“ korreliert

gering ( $p=,005$ ) mit dem Ärger aufgrund der Erkrankung ( $r_s=,351$ ), negativ mit der Übereinstimmung mit dem Partner bei der Bewältigung ( $r_s=-,419$ ), der Einschätzung der Bemühung des Partners ( $r_s=-,458$ ), der Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen ( $r_s=-,401$ ) und der momentanen Krankheitsbewältigung ( $r_s=-,340$ ). Es bestehen bei den Patienten keine Zusammenhänge zwischen der depressiven Verarbeitung und dem Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung, dem eigenen oder Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung und der Strategie „Ablenkung und Selbstaufbau“. Das „aktive Coping“ korreliert mit der Bemühung des Partners bei der Bewältigung ( $r_s=,453$ ), mit der Übereinstimmung mit dem Partner ( $r_s=,343$ ) und der Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu den in den Therapiemaßnahmen ( $r_s=,337$ ), mit den Strategien „Ablenkung und Selbstaufbau“ ( $r_s=,435$ ) und „Religiosität und Sinnsuche“ ( $r_s=,515$ ). Der Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung korreliert negativ mit dem „aktiven Coping“ ( $r_s=-,499$ ), zu dem eigenen wahrgenommenen Anteil besteht keine Beziehung. Das „aktive Coping“ zeigt eine mittlere negative Korrelation zu „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ( $r_s=-,574$ ) und keine Beziehung zur momentanen Krankheitsbewältigung, zum Beitrag der Partnerschaft und dem Ärger aufgrund der Erkrankung. Die Strategie „Ablenkung und Selbstaufbau“ zeigt bei den Patienten geringe Beziehungen ( $p=,005$ ) zur momentanen Krankheitsbewältigung ( $r_s=,294$ ), zum Beitrag der Partnerschaft ( $r_s=,317$ ), zur Bemühung des Partners ( $r_s=,305$ ) und eine negative Beziehung zum Anteil des Partners bei der Entstehung ( $r_s=-,293$ ). Die Copingstrategie „Religiosität und Sinnsuche“ korreliert positiv mit der Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen ( $r_s=,385$ ), der Übereinstimmung mit dem Partner ( $r_s=,332$ ), der Bemühung des Partners bei der Bewältigung ( $r_s=,311$ ) und negativ ( $p=,005$ ) mit der Strategie „depressive Verarbeitung“ ( $r_s=-,316$ ). Die Copingstrategie „Bagatellisierung und Wunschdenken“ korreliert mit dem Anteil des Partners an der Krankheitsentstehung ( $r_s=,403$ ) und der „depressiven Strategie“ ( $r_s=,659$ ), negativ ( $p=,005$ ) mit der Bemühung des Partners ( $r_s=-,333$ ) dem „aktiven problembezogenen Coping“ ( $r_s=-,574$ ). Es bestehen keine Beziehungen der Skalen zum bewerteten eigenen Anteil der Patienten an der Entstehung der Erkrankung. In der Partnerstichprobe ( $n=46$ ) korreliert ( $p=,001$ ) der Copingstil der „depressiven Verarbeitung“ nur mit dem eigenen Anteil bei der Krankheitsentstehung ( $r_s=,448$ ) und mit „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ( $r_s=,400$ ).

Das „aktive problembezogene Coping“ steht in keiner Beziehung zu den anderen Copingskalen, korreliert gering mit der momentanen Krankheitsbewältigung ( $r_s=,355$ ), dem Beitrag der Partnerschaft ( $r_s=,400$ ) und der Bemühung des Partners bei der Bewältigung ( $r_s=,417$ ). Negative Korrelationen ergeben sich mit dem Ärger ( $r_s=-,450$ ), dem Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s=-,462$ ) und dem eigenen Anteil ( $r_s=-,347$ ). Die Copingstrategie „Ablenkung und Selbstaufbau“ steht bei den Partnern nur in Beziehung zur Strategie „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ( $r_s=,453$ ). Eine geringe Korrelation ( $p=,005$ ) zeigt sich mit dem

Anteil des Partners an der Krankheitsentstehung ( $r_s=,365$ ), geringe negative Zusammenhänge mit der momentanen Krankheitsbewältigung ( $r_s=,380$ ) und der Bemühung des Partners ( $r_s=-,308$ ). „Religiosität und Sinnsuche“ korreliert bei den Partnern negativ mit der Strategie „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ( $r_s=-,320$ ), der Einschätzung des Anteils des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s=-,407$ ), dem Ärger aufgrund der Erkrankung ( $r_s=-,560$ ). Positive Zusammenhänge ( $p=,001$ ) ergeben sich mit der Übereinstimmung mit dem Partner ( $r_s=,523$ ), dem Beitrag der Partnerschaft ( $r_s=,387$ ) und den Bemühungen des Partners bei der Bewältigung ( $r_s=,557$ ). „Bagatellisierung und Wunschdenken“ steht bei den Partnern in einem Zusammenhang mit der depressiven Verarbeitung, Ablenkung und Selbstaufbau, negativ mit Religiosität und Sinnsuche. Eine positive Beziehung besteht zwischen der „Bagatellisierung und Sinnsuche“ und dem erlebten Ärger aufgrund der Erkrankung ( $r_s=,410$ ), negative Zusammenhänge mit der partnerschaftlichen Übereinstimmung ( $r_s=-,364$ ), der momentanen Krankheitsbewältigung ( $r_s=-,575$ ), der Bemühung des Partners ( $r_s=-,337$ ) und der Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen ( $r_s=-,467$ ). In der Gesamtstichprobe ( $n=92$ ) gibt es einen starken Zusammenhang zwischen der Übereinstimmung mit dem Partner in den Therapiemaßnahmen und den Forderungen, der Partner müsste sein Verhalten ändern ( $r_s=-,543$ ) oder sollte insgesamt mehr tun ( $r_s=-,540$ ). Zudem lassen sich Zusammenhänge zwischen der Übereinstimmung und einem guten Verständnis des Partners ( $r_s=,630$ ), geringem Ärger über das Verhalten des Partners ( $r_s=-,521$ ), einem geringen Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s=-,548$ ), einer glücklicheren Beziehung ( $r_s=,603$ ), Menschen im Umfeld, mit denen darüber gesprochen werden kann ( $r_s=,539$ ), wenig Scham über eine psychiatrische Erkrankung ( $r_s=-,521$ ) und der Tatsache, dass es wenig schwer fällt, über eigene Wünsche zu sprechen ( $r_s=-,549$ ). Der Beitrag der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung steht im engen negativen Zusammenhang mit der Aussage, der Partner müsse sein Verhalten ändern ( $r_s=-,688$ ), dem Ärger über das Verhalten des Partners ( $r_s=-,527$ ) und dem Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s=-,677$ ).

Die Höhe des Beitrags der Partnerschaft korreliert mit der Aussage, dass der Partner den anderen sehr gut versteht ( $r_s=,651$ ), der Partnerschaftszufriedenheit ( $r_s=,693$ ), der Übereinstimmung ( $r_s=,623$ ) und den Bemühungen des Partners ( $r_s=,671$ ). Die Einschätzung der Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung korreliert ebenfalls mit den genannten Aussagen. Die momentane Krankheitsbewältigung korreliert mit den Aussagen, Menschen im Umfeld zu haben, mit denen man darüber reden kann ( $r_s=,539$ ) und eine niedrige Ausprägung des Problems, über eigene Wünsche sprechen zu können ( $r_s=-,549$ ). Der empfundene Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung korreliert mit der Aussage, der Partner müsste sein Verhalten ändern ( $r_s=,578$ ), mehr tun ( $r_s=,577$ ), Schwierigkeiten, dem Partner zu sagen, wie es einem geht ( $r_s=,533$ ) und Ärger über das Verhalten ( $r_s=,607$ ).

und Äußerungen ( $r_s=,512$ ) des Partners. Negative Zusammenhänge ergeben sich mit dem empfundenen Verständnis des Partners ( $r_s=-,658$ ), mit der Übereinstimmung mit dem Partner in der Bewältigung ( $r_s=-,548$ ), dem Beitrag der Partnerschaft ( $r_s=-,677$ ), den Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung ( $r_s=,543$ ) und der Höhe der Partnerschaftszufriedenheit ( $r_s=-,747$ ).

Die Höhe der Einschätzung der partnerschaftlichen Zufriedenheit (glücklich/un-glücklich) korreliert mit der Übereinstimmung mit dem Partner ( $r_s=,603$ ), den Bemühungen des Partners ( $r_s=,655$ ) und negativ mit der Einschätzung des Anteils des Partners bei der Krankheitsentstehung ( $r_s=-,747$ ) und dem Ärger über das Verhalten ( $r_s=-,573$ ) oder die Äußerungen des Partners ( $r_s=-,521$ ).

## VI.6 Veränderung der Beziehungsqualität und der Krankheitsverarbeitung

Innerhalb der Gesamtstichprobe beschreiben 26,1% aller Teilnehmer ihre Beziehung *zum Zeitpunkt der Untersuchung* als „glücklich“, 17,4% als „eher glücklich“. 25% der Teilnehmer empfinden ihre Beziehung zu ihrem Partner momentan als „eher unglücklich“, 18,5% als „unglücklich“. Insgesamt 48,9% (kumulative Prozent) der Gesamtstichprobe befinden sich im unglücklichen Bereich. Bei den Patienten empfinden 26,1% ihre Beziehung momentan als „eher unglücklich“, 10,9% als „unglücklich“, 6,5% als „sehr unglücklich“, aber 19,6% als „eher glücklich“, 23,9% als „glücklich“ und 13,0% als „sehr glücklich“. Die meisten weiblichen Patienten (32,4%) geben an, sich „eher unglücklich“ zu fühlen, bei den männlichen Patienten fühlen sich die meisten Teilnehmer (33,3%) „glücklich“ in der Beziehung. Männliche und weibliche Patienten unterscheiden sich nicht signifikant in ihrer Einschätzung.

Bei den Partnern beschreiben 28,3% ihre Partnerschaft momentan als „glücklich“, 15,2% als „eher glücklich“. 26,1% schätzen sich als „unglücklich“, 23,9% als „eher unglücklich“ in der Beziehung ein.

Bei den Partnern empfindet nur ein Teilnehmer (2,2%) die Beziehung als „sehr glücklich“, 4,3% als „sehr unglücklich“. Die meisten weiblichen Partner (50,0%) geben an, sich in der Beziehung „glücklich“ zu fühlen, bei den männlichen Partnern liegt der Höchstwert in dem Bereich „eher unglücklich“ (29,4%). Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Partnern.

Bei der retrospektiven Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit *vor der Erkrankung* schätzen 37,0% der Patienten ihre Beziehung als „eher glücklich“, 28,3% als „glücklich“ und 21,7% als „sehr glücklich“ ein. Nur eine Patientin (2,2%) meint, die Beziehung sei „unglücklich“, 5 Patientinnen (10,9%) geben an, die Beziehung sei schon vor der Erkrankung „eher

unglücklich“ gewesen. Bei den männlichen Patienten wird keine Kategorie aus dem Spektrum „unglücklich“ gewählt. Die meisten männlichen Patienten (41,4%) schätzen die Beziehung vor der Erkrankung als „glücklich“ ein, die meisten weiblichen Patienten (38,2%) als „eher glücklich“. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Innerhalb der Gesamtstichprobe ( $n=92$ ) schätzen 43,5% der Befragten ihre Beziehung vor der Erkrankung als „eher glücklich“, 28,3% als „glücklich“ ein. Nur 12,0% (kumulativ) bleiben im unglücklichen Bereich.

Die Partnerschaftszufriedenheit wurde für das augenblickliche und retrospektive Erleben auf einer Skala von 0 (sehr unglücklich) bis 5 (sehr glücklich) eingeschätzt. Bei der Einschätzung der *momentanen Partnerschaftszufriedenheit* zeigt sich innerhalb der Gesamtstichprobe ein Mittelwert von 2,63 ( $SD=1,388$ ). Das entspricht durchschnittlich einer Zuordnung zwischen „eher unglücklich“ (2) und „eher glücklich“ (3). Die Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit *vor der Erkrankung* zeigt durchschnittlich einen Mittelwert von 3,46 ( $SD=0,977$ ), der einer Zuordnung zwischen „eher glücklich“ (3) und „glücklich“ (4) entspricht.

Die Veränderung der Partnerschaftszufriedenheit innerhalb der Gesamtstichprobe ist hoch signifikant (*Wilcoxon*:  $Z=-5,776$ ;  $p=,000$ ), auch die Veränderungen bei den Patienten über die Zeit ( $Z=-4,115$ ;  $p=,000$ ) und den Partnern ( $Z=-4,150$ ;  $p=,000$ ) sind hoch signifikant.

Im Interview („Was hat sich aus Ihrer Sicht in Ihrer Beziehung verändert?“) äußern 36,9% aller Teilnehmer ( $n=92$ ), die Beziehung habe sich seit der Erkrankung „verschlechtert“, 33,7% sagen, die Beziehung habe sich „verschlechtert und verbessert“.

13,0% geben an, die Beziehungsqualität sei „gleich geblieben“, 16,3% meinen, sie habe sich „verbessert“. Bei den männlichen Patienten ( $n=12$ ) geben 41,7% an, die Beziehung habe sich „verbessert“, 33,3% meinen, sie habe sich „verbessert und verschlechtert“, für 25,0% hat sie sich „verschlechtert“.

Die weiblichen Patienten ( $n=34$ ) empfinden zu 35,3%, die Beziehung habe sich „verschlechtert“, 32,4% sagen, sie habe sich „verbessert und verschlechtert“, für 14,7% hat sie sich „verbessert“, 17,6% meinen, sie sei „gleich geblieben“. Männliche und weibliche Patienten unterscheiden sich nicht signifikant in ihren Einschätzungen. Die männlichen Partner ( $n=34$ ) geben zu 44,1% an, die Beziehung habe sich seit der Erkrankung „verschlechtert“, zu 32,4%, sie habe sich „verbessert und verschlechtert“. Für 14,7% hat sich die Beziehung „verbessert“, für 8,8% ist sie „gleich geblieben“. Die weiblichen Partner ( $n=12$ ) empfinden zu 41,7%, die Beziehung habe sich „verbessert und verschlechtert“, 33,3% meinen, sie habe sich „verschlechtert“. Kein weiblicher Partner empfindet eine Verbesserung, für 25,0% ist die Beziehungsqualität „gleich geblieben“. In der Tendenz zeigt sich, dass die Partner ( $n=46$ ) eine etwas höhere Verschlechterung und eine geringere Verbesserung angeben als die Patienten ( $n=46$ ), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.



Bei den Patienten bleiben 34,8% vor und nach der Erkrankung im „glücklichen Bereich“, weitere 34,8% wechseln nach der Erkrankung vom „glücklichen in den unglücklichen Bereich“. Für 13,0% verschlechtert sich die Beziehung innerhalb des „glücklichen Bereiches“. Bei den Partnern wechseln 45,7% nach der Erkrankung vom „glücklichen in den unglücklichen Bereich“, 23,9% bleiben im „glücklichen Bereich“, auch hier verschlechtert sich für 13,0% die Beziehung innerhalb des „glücklichen Bereiches“. 15 Paare (32,6%) stimmen in der Beurteilung im „glücklichen Bereich“ überein, 13 Paare (28,3%) stimmen darin überein, dass sich die Beziehung nach dem Krankheitseintritt verschlechtert hat (von glücklich zu unglücklich).

In 15,2% (7 Paare) schätzen die Patienten ihre Beziehung glücklicher ein als ihre Partner. 4 Paare (8,7%) stimmen in der „unglücklichen“ Beurteilung ihrer Beziehung überein. Als Verbesserungen der Beziehung durch die Erkrankung geben 5 Patienten „Verständnis und Harmonie“, 4 Patienten und 6 Partner einen besseren „Zusammenhalt“ an. 3 Partner finden es angenehm, sich um die Patientin kümmern zu können, weitere 3 Partner schätzen mehr Ruhepausen und Harmonie.

Als Verschlechterung werden von 9 Patienten und 11 Partnern „Sexualität und Libidoverlust“ sowie von weiteren 7 Patienten und 11 Partnern „alles“ (Beziehung, Sexualität, Streitverhalten) angegeben. 3 Partner schätzen die „geringere Belastbarkeit“, je 3 Patienten „Kommunikation und Nähegefühl“ und „Sexualität und Verständnis“ als negative Veränderung ein.

Die Einschätzung der momentanen Partnerschaftszufriedenheit korreliert innerhalb der Gesamtstichprobe ( $r_s=,627$ ), der Patientenstichprobe ( $r_s=,691$ ) und der Partnerstichprobe ( $r_s=,560$ ) hoch signifikant mit der Einschätzung der Zufriedenheit vor der Erkrankung.

Bei der Beurteilung der aktuellen Partnerschaftsqualität geben Partner eine stärkere Ausprägung an, von den Patienten im Streit beschimpft zu werden (*U-Test*:  $p=,006$ ) und auch mehr Schuld zu bekommen, wenn „etwas schief gegangen ist“ ( $p=,048$ ) als die Patienten. Die Patienten geben an, dass der Partner mit ihnen mehr über die sexuellen Wünsche spricht als sie selbst ( $p=,012$ ). Die Patienten werden in ihrem Streitverhalten etwas höher eingeschätzt als die Partner und etwas geringer in ihrem Ausdruck von Zärtlichkeit. Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Den Bereich Gemeinsamkeit und Kommunikation schätzen beide Gruppen als gleich stark ausgeprägt ein, obwohl die Partner eher eine sarkastische Kritik, anschreien und „die Aussagen ins Gegenteil verkehren“ bei den Patienten beschreiben. Die momentane Partnerschaftszufriedenheit korreliert bei Patienten und Partnern hoch negativ ( $p=,001$ ) mit dem Streitverhalten, hoch positiv mit Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation.

Patienten schätzen den empfundenen Ärger aufgrund der Erkrankung höher ein (Mittelwert: 7,28) als die Partner (Mittelwert: 5,85;  $p=,004$ ). Der eigene Anteil bei der Krankheitsentstehung wird erwartungsgemäß von den Patienten höher eingeschätzt (Mittelwert: 4,89) als von

den Partnern (Mittelwert: 3,00;  $p=,000$ ). Die Übereinstimmung in den Therapiemaßnahmen (Gesamtmittelwert: 5,55), die momentanen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung (Gesamtmittelwert: 4,18) und der Beitrag der Partnerschaft (Gesamtmittelwert: 5,67) werden etwa gleich bedeutsam eingeschätzt. Bei der Wichtigkeit der Einstellung des Partners (Gesamtmittelwert: 7,92) und dem Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung (Mittelwert: 4,59) zeigen sich bei den Partnern etwas höhere Ausprägungen, die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. In der Patientenstichprobe ( $n=46$ ) schätzen männliche Patienten ihre momentanen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung (Mittelwert: 6,25) signifikant höher ein als weibliche Patienten (Mittelwert: 3,59;  $p=,000$ ). Die momentanen Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung werden ebenfalls von den männlichen Patienten (Mittelwert: 8,17) höher eingeschätzt als von den weiblichen (Mittelwert: 5,79;  $p=,016$ ).

Die Höhe des Ärgers aufgrund der Erkrankung zeigt sich bei den weiblichen Patienten (Mittelwert: 7,82) signifikant deutlicher ausgeprägt als bei den männlichen Patienten (Mittelwert: 5,75;  $p=,002$ ). Die Übereinstimmung mit dem Partner (Gesamtmittelwert: 5,72) ist gleich ausgeprägt, auch die Wichtigkeit der Einstellung des Partners zur Krankheitsbewältigung (Gesamtmittelwert: 7,50). Der Beitrag der Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung ist bei den männlichen Patienten (Mittelwert: 6,67) etwas höher ausgeprägt als bei den weiblichen (Mittelwert: 5,71), der Unterschied ist nicht signifikant.

Die männlichen Patienten schätzen ihren eigenen Anteil bei der Krankheitsentstehung (Mittelwert: 5,67) etwas höher ein als die weiblichen (Mittelwert: 4,62), die weiblichen Patienten schätzen den Anteil des Partners bei der Entstehung (Mittelwert: 4,18) etwas höher ein als die männlichen (Mittelwert: 3,67), die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. In der Partnerstichprobe ( $n=46$ ) schätzen die weiblichen Partner (Mittelwert: 7,17) die momentane Bemühung des Partners bei der Krankheitsbewältigung signifikant höher als die männlichen Partner (Mittelwert: 5,15;  $p=,026$ ) ein, auch die Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen ist für weibliche Partner (Mittelwert: 9,17) signifikant wichtiger als für die männlichen Partner (Mittelwert: 8,06;  $p=,039$ ). Die Übereinstimmung mit dem Partner bei den Therapiemaßnahmen (Gesamtmittelwert: 5,39), der Beitrag der Partnerschaft bei der Bewältigung (Gesamtmittelwert: 5,39) sowie die Einschätzung des Anteils des Partners an der Krankheitsentstehung (Gesamtmittelwert: 5,13) sind ähnlich hoch ausgeprägt. In der Partnerstichprobe geben die männlichen Partner ein etwas höheres Ausmaß an Ärger aufgrund der Erkrankung (Mittelwert: 6,18) als die weiblichen Partner (Mittelwert: 4,92) an, die momentanen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung werden von weiblichen Partnern (Mittelwert: 4,67) etwas höher eingeschätzt als von den männlichen (Mittelwert: 3,88). Der eigene Anteil bei der Krankheitsentstehung wird durchschnittlich bei 3 bewertet, die männlichen Partner schätzen ihren Anteil (Mittelwert: 3,21) etwas höher als die weiblichen Partner (Mittelwert: 2,42) ein. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede in diesen Einschätzungen.

Die Teilnehmer an dieser Untersuchung wurden zur Beantwortung der Frage nach dem Einfluss der Beziehungsqualität auf die Bewertungen in zwei Gruppen (glücklich/unglücklich) geteilt. Insgesamt bewerten 47 Teilnehmer ihre Beziehung als „glücklich“, 45 Teilnehmer als „unglücklich“. Innerhalb der Patientenstichprobe bezeichnen 26 Patienten ihre Beziehung als „glücklich“, 20 Patienten als „unglücklich“. Bei den Partnern erbrachte die Dichotomisierung 21 Partner, die ihre Beziehung als „glücklich“ und 25 Partner, die sie als „unglücklich“ einschätzen. In der Einschätzung der Skalen zur Krankheitsverarbeitung zeigen sich in der Gesamtstichprobe keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung des eigenen Anteils bei der Krankheitsentstehung, obwohl unglückliche Teilnehmer in dieser Stichprobe den eigenen Anteil etwas höher einschätzen (Mittelwert: 4,18) als glückliche (Mittelwert: 3,72). Teilnehmer, die ihre Beziehung momentan als „unglücklich“ empfinden, schätzen den Anteil des Partners an der Krankheitsentstehung und den Ärger signifikant höher ein.

„Glückliche“ Teilnehmer schätzen die Übereinstimmung mit dem Partner, die momentanen Möglichkeiten, den Beitrag der Partnerschaft, die momentanen Bemühungen des Partners und die Wichtigkeit der Einstellung des Partners bei der Krankheitsbewältigung signifikant höher ein als „unglückliche“ Teilnehmer.

Bei den Patienten zeigen sich keine Unterschiede in der Höhe des empfundenen Ärgers zwischen unglücklichen (Mittelwert: 7,70) und glücklichen (Mittelwert: 6,96) Patienten. Auch in der Einschätzung des eigenen Anteils an der Entstehung unterscheiden sie sich nicht signifikant (Gesamtmittelwert: 4,89). Patienten, die ihre Beziehung als „glücklich“ einschätzen, zeigen signifikant höhere Ausprägungen in den Einschätzungen der Übereinstimmung mit dem Partner bei den Therapiemaßnahmen, dem Beitrag der Partnerschaft, den momentanen Bemühungen des Partners ( $ANOVA: p=,000$ ), den momentanen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung ( $p=,011$ ) und der Wichtigkeit der Einstellung des Partners zur Erkrankung ( $p=,009$ ).

Der Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung wird von „glücklichen“ (Mittelwert: 2,08) signifikant geringer eingeschätzt als von den „unglücklichen“ Patienten (Mittelwert: 6,60;  $p=,000$ ). In der Partnerstichprobe zeigen sich keine Unterschiede in der Wichtigkeit der Einstellung des Partners zu der Erkrankung und den Therapiemaßnahmen (Gesamtmittelwert: 8,35).

Die Höhe des Ärgers aufgrund der Erkrankung wird von „glücklichen“ Partnern signifikant geringer (Mittelwert: 4,38) eingeschätzt als von den „unglücklichen“ Partnern (Mittelwert: 7,08;  $ANOVA: p=,000$ ). In der Einschätzung des Anteils des Partners bei der Krankheitsentstehung unterscheiden sich „glückliche“ (Mittelwert: 2,90) signifikant von „unglücklichen“ Partnern (Mittelwert: 7,00;  $p=,000$ ), auch in der Einschätzung des eigenen Anteils unterscheiden sich beide Gruppen signifikant, die „unglücklichen“ Partner schätzen ihren Anteil höher ein (Mit-

telwert: 3,80) als die „glücklichen“ (Mittelwert: 2,05;  $p=,001$ ). Die momentanen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung werden von den „glücklichen“ Partnern etwas höher bewertet (Mittelwert: 4,90) als von den „unglücklichen“ (Mittelwert: 3,40;  $p=,003$ ), sind insgesamt jedoch relativ gering (Gesamtmittelwert: 4,09). Bei der Übereinstimmung mit dem Partner bei den Therapiemaßnahmen ( $p=,002$ ), dem Beitrag der Partnerschaft und den Bemühungen des Partners sind die Mittelwertsunterschiede wesentlich deutlicher ( $p=,000$ ). Die Aussagen der Patienten, die ihre Beziehung als „glücklich“ beschreiben, unterscheiden sich zudem von den Aussagen „unglücklicher“ Patienten darin, dass ihnen die Diagnose besser im Umgang mit der Erkrankung helfe ( $U\text{-Test: } p=,004$ ), sie mehr Unterstützung aus dem Umfeld erhalten ( $p=,000$ ), der Partner besser mit der Diagnose umgehen und sie annehmen kann ( $p=,000$ ).

Zudem unterscheiden sie sich darin, dass in der Familie die Erkrankung ein wichtiges Thema ist ( $p=,001$ ) und nur wenig Ärger über das Verhalten ( $p=,000$ ) oder die Äußerungen des Partners ( $p=,001$ ) besteht. Patienten in einer für sie glücklichen Beziehung äußern ein viel besseres Verständnis des Partners ( $p=,000$ ), mehr Kompetenzen, dem Partner zu sagen, wie es ihnen geht ( $p=,000$ ) und weniger Forderungen an den Partner zur Verhaltensänderung ( $p=,000$ ). Sie vertreten jedoch auch viel stärker die Annahme, es sei allgemein zu wenig über Depressionen bekannt ( $p=,014$ ).

Die Partner, die ihre Beziehung als „unglücklich“ einschätzen, geben viel stärkere persönliche Veränderungen durch die Erkrankung an ( $U\text{-Test: } p=,008$ ), viel mehr Ärger über Ratschläge ( $p=,000$ ), höhere Forderungen nach Verhaltensänderungen des Partners ( $p=,000$ ) und nach mehr Aktivitäten des Partners ( $p=,019$ ) an. Partner, die sich „unglücklich“ in der Beziehung fühlen, beschreiben ein viel höheres Maß an Hilflosigkeit ( $p=,001$ ), Hoffnungslosigkeit ( $p=,029$ ), Scham wegen der Erkrankung ( $p=,001$ ) und fühlen sich in höherem Maß schuldig ( $p=,004$ ). Sie befürchten viel stärker, andere könnten schlecht über sie reden ( $p=,019$ ) oder sich Menschen von ihnen zurückziehen wegen der Erkrankung des Partners ( $p=,032$ ) als „glückliche Partner. „Unglückliche“ Partner sagen, sie können weniger mit der Diagnose anfangen ( $p=,030$ ), auch der Partner könne weniger gut mit der Diagnose umgehen ( $p=,001$ ) oder sie annehmen ( $p=,002$ ). „Unglückliche“ Partner meinen stärker, dass eine Depression schnell vorbei geht ( $p=,044$ ), dass allgemein zu wenig über Depression bekannt ist ( $p=,045$ ), dass ihnen eine körperliche Diagnose lieber wäre ( $p=,004$ ), dass sie stärkere Probleme hätten, anderen die Diagnose mitzuteilen ( $p=,042$ ) und die Erkrankung in der Familie weniger thematisiert wird ( $p=,008$ ).

Im interpersonellen Bereich unterscheiden sich „unglückliche“ Partner signifikant von „glücklichen“, dass sie weniger wissen, was sie jetzt brauchen ( $p=,000$ ), dass sie sich viel mehr Nähe zu ihrem Partner wünschen ( $p=,003$ ), sich viel weniger von dem Partner verstanden fühlen ( $p=,000$ ), ihr Partner kaum etwas darüber weiß, wie es ihnen geht ( $p=,000$ ). Sie unterscheiden sich von „glücklichen“ Partnern in dem Ausmaß, dem Partner nicht sagen zu kön-

nen, wie es ihnen geht ( $p=,000$ ) und über ihre Wünsche nicht sprechen zu können ( $p=,001$ ). Sie geben ein höheres Maß an Ärger über das Verhalten ( $p=,000$ ) und die Äußerungen des Partners ( $p=,000$ ) an und meinen stärker, an Depressionen sei man selbst schuld ( $p=,037$ ). Zugleich sagen „unglückliche“ Partner, sie haben viel weniger Menschen in ihrem Umfeld, mit denen sie darüber reden ( $p=,039$ ), glauben stärker als „glückliche“ Partner, sie hätten sich vielleicht mehr anstrengen müssen ( $p=,000$ ).

„Unglückliche“ Partner meinen stärker als „glückliche“ Partner, der Partner müsste mehr Forderungen an sie stellen ( $p=,017$ ), sie machen sich jedoch auch in viel stärkerem Maße Sorgen, dass der Partner überfordert werden könnte als „glückliche“ Partner ( $p=,002$ ).

Während sich bei der Beurteilung der Partnerschaftsqualität in der Gesamtstichprobe (Partnerschaftsfragebogen) in den Skalen Streitverhalten, Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten und Partnern ergeben, unterscheiden sich „glückliche“ und „unglückliche“ Teilnehmer in der Gesamtstichprobe in allen Skalen erwartungsgemäß signifikant voneinander (*U-Test*:  $p=,000$ ).

In der Gesamtstichprobe ( $n=92$ ) weisen „glückliche“ und „unglückliche“ Teilnehmer keine signifikanten Unterschiede in der „depressiven Verarbeitung“ oder der Strategie „Ablenkung und Selbstaufbau“ auf. „Glückliche“ Teilnehmer weisen ein viel stärkeres Maß an „aktivem problembezogenen Coping“ (*U-Test*:  $p=,000$ ), „Religiosität und Sinnsuche“ ( $p=,001$ ) und viel weniger „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ( $p=,007$ ) auf als „glückliche“ Teilnehmer. Bei den Patienten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der „depressiven Verarbeitung“ und der „Religiosität und Sinnsuche“, „glückliche“ Patienten zeigen stärker ein „aktives problembezogenes Coping“ ( $p=,013$ ), mehr „Ablenkung und Selbstaufbau“ ( $p=,034$ ) und viel weniger „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ( $p=,006$ ) als „unglückliche“ Patienten. Bei den Partnern zeigen sich keine Unterschiede in der „depressiven Verarbeitung“, der Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“. „Glückliche“ Partner zeigen ein wesentlich höheres Maß an „aktivem problembezogenen Coping“ ( $p=,003$ ) und „Religiosität und Sinnsuche“ ( $p=,001$ ).

Bei den Patiententheorien zeigen sich in der Gesamtstichprobe ( $n=92$ ) signifikante Unterschiede darin, dass „unglückliche“ Teilnehmer im psychosozialen Bereich viel stärker außen ( $p=,004$ ) und innen ( $p=,005$ ) attribuieren. In den naturalistischen Skalen und dem Gesundheitsverhalten sind die Unterschiede nicht bedeutsam. „Unglückliche“ Patienten attribuieren viel stärker psychosozial nach außen ( $p=,000$ ) als „glückliche“ Patienten. „Unglückliche“ Partner attribuieren stärker psychosozial nach innen ( $p=,006$ ) und im Gesundheitsverhalten ( $p=,006$ ) als „glückliche“ Partner.

Bei den Kontrollüberzeugungen lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Gesamt-, der Patienten- und der Partnerstichprobe hinsichtlich der Einschätzung der Partnerschafts-

qualität finden, die Kontrollüberzeugungen erscheinen unabhängig von diesen Einflüssen. Zur Beschreibung der Familienrollen wurden begonnene Sätze von den Teilnehmern frei vervollständigt.

Diese Frageform konnte von allen Teilnehmern sehr gut bewältigt werden und erbrachte sehr vielschichtige Ergebnisse. Die Patienten machten auf die Frage „In meiner Familie bin ich Diejenige/Derjenige, die/der...“ am meisten Aussagen, die ihre Krankheit betreffen („...die krank ist“, „...die immer wieder krank ist“), aber auch „...die alles macht“ oder „...den Zusammenhalt fördert“ und „...für den Zusammenhalt zuständig ist“. Von den Patienten wird der Partner in der Familie („In der Familie ist mein Partner/meine Partnerin Derjenige/Diejenige, der/ die...“) überwiegend als Organisator („...Managerin“, „...der das Sagen hat“, „...der für alles verantwortlich sein muss“), als „...zuständig für Optimismus“, „Helfer“ und „Planer“, in einigen Fällen aber auch als derjenige empfunden, der „sich zurückzieht“ und „Konflikten aus dem Weg geht“. Die Partner selbst schätzen sich überwiegend als der ein, „...der alles organisiert“ (19,6%), „...der den Überblick behält“ (6,5%), „...das Geld verdient“ (6,5%) oder „...die Spannungen herausnimmt und Wärme gibt“ (6,5%).

Die Partner schätzen die Patienten innerhalb der Familie häufig als jemanden ein, „der viel Rücksicht braucht“ oder „...viel Rücksicht genommen werden muss“, aber auch „...der Familienharmonie unterstützt“ und „...die auf den Familienzusammenhalt achtet“. Manche Patienten werden auch als diejenigen gesehen, „...der/die alles bestimmen will“ oder „...das Leben bestimmt“.

Die Stärke der Familie wird von den meisten Patienten darin gesehen, „...dass wir in der Not zusammenhalten“, „Vertrauen und Verantwortungsgefühl füreinander“ und „Arbeitsteilung in der Not“. Es gibt auch Aussagen, die „keine Stärke mehr“ erkennen können. In der Partnerstichprobe werden der „Zusammenhalt“ oder der „Zuwachs an Zusammenhalt durch die Erkrankung“ sowie „gegenseitige Unterstützung“ als Stärken der Familie noch häufiger genannt als von den Patienten. Bei den Patienten und Partnern machen nur je 6 Teilnehmer die Aussage, dass sie keine Stärke benennen können oder es keine mehr gibt.

## VI.7 Motivationale Schemata bei Patienten und Partnern

Die motivationalen Schemata wurden mit dem FAMOS erhoben. Dabei werden die Annäherungsziele (Wie wichtig ist das Genannte?) sowie die Vermeidungsziele (Wie schlimm ist das Genannte?) auf einer fünfstufigen Skala erfasst (überhaupt nicht wichtig (1) – weniger wichtig (2) – mittelmäßig wichtig (3) – ziemlich wichtig (4) – außerordentlich wichtig (5); analog „überhaupt nicht schlimm“, weniger schlimm usw.). Bei den Annäherungszielen der Patienten (n=46) sind das Streben nach Intimität und Bindung (*Gesamtmittelwert: 4,08*), Streben nach Altruismus (4,12) und das Streben nach Hilfe (3,94) ziemlich wichtig.

Den Patienten sind auch das Streben nach Anerkennung und Bestätigung (4,29), Streben nach Leistung (4,28), Streben nach Kontrolle (4,12), Streben nach Selbstvertrauen (4,16) und das Streben nach Selbstbelohnung (4,90) ziemlich wichtig, während das Streben nach Autonomie (3,40), Streben nach Bildung und Verstehen (3,64), Streben nach Glauben und Sinn (3,19), nach Abwechslung (3,25) mittelmäßig wichtig sind. Als weniger wichtig stellen sich das Streben nach Geselligkeit (2,80) und das Streben nach Status (2,72) dar.

Die Vermeidungsziele Alleinsein und Trennung (*Gesamtmittelwert: 4,45*), Geringschätzung (4,17), Vorwürfe und Kritik (4,15), Hilflosigkeit (4,21), Versagen (4,32) werden als ziemlich schlimm empfunden. Auch die Vermeidungsziele Erniedrigung und Blamage (3,86), Abhängigkeit und Autonomieverlust (3,62), Verletzungen und Spannungen (3,82) sowie Schwäche und Kontrollverlust (3,39) werden als mittelmäßig bis ziemlich wichtig repräsentiert. Die Vermeidungsziele werden durchschnittlich (4,00) etwas stärker eingeschätzt als die Annäherungsziele (3,78).

Das Streben nach Intimität und Bindung ist bei männlichen stärker als bei den weiblichen Patienten ausgeprägt (*U-Test:  $p=,014$* ), ebenfalls das Streben nach Autonomie ( $p=,023$ ), nach Kontrolle ( $p=,004$ ), nach Bildung und Verstehen ( $p=,015$ ) und nach Glauben und Sinn ( $p=,027$ ). Weibliche Patienten zeigen ein stärkeres Ausmaß an Streben nach Hilfe als männliche Patienten ( $p=,002$ ). Bei den Vermeidungszielen zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Für männliche Patienten erscheint es wichtiger, auf sich selbst zu vertrauen ( $p=,020$ ), ihren Glauben zu leben ( $p=,005$ ), unabhängig zu sein ( $p=,028$ ), sich weiterzubilden ( $p=,027$ ), sich selbst unter Kontrolle zu haben ( $p=,005$ ), über sich selbst zu bestimmen ( $p=,001$ ), breite Interessen zu verfolgen ( $p=,005$ ) und die Übersicht zu behalten ( $p=,000$ ) als für weibliche Patienten.

Männliche Patienten schätzen es als viel bedeutsamer als weibliche Patienten ein, eine intime Beziehung zu haben ( $p=,029$ ) und die Sexualität zu leben ( $p=,003$ ). Für weibliche Patienten ist es viel wichtiger, bewundert zu werden ( $p=,039$ ), Hilfe zu bekommen ( $p=,020$ ), beschützt zu werden ( $p=,000$ ), entlastet zu werden ( $p=,011$ ) als für männliche Patienten. Weibliche Patienten empfinden es signifikant schlimmer, hilflos zu sein ( $p=,035$ ) und sich in peinliche Situationen zu bringen ( $p=,040$ ), männliche Patienten bewerten es schlimmer, ihre Eigenständigkeit zu verlieren als weibliche Patienten ( $p=,016$ ). Für beide Geschlechtergruppen der Patienten ist es besonders wichtig („ziemlich“ bis „außerordentlich wichtig“), Leistung zu bringen, akzeptiert zu werden, anerkannt zu werden, die Situation im Griff zu haben, wichtige Zusammenhänge zu verstehen, eine verlässliche Paarbeziehung zu haben, sich anzustrengen und durchzuhalten.

Für weibliche und männliche Patienten ist es sehr wichtig, mit jemandem zärtlich zu sein, ein gutes Selbstwertgefühl zu haben, geachtet und respektiert zu werden, ein tüchtiger Mensch zu sein, Liebe zu erfahren und einen Sinn im Leben zu finden.

Am schlimmsten erleben es Patienten, Vorwürfen ausgesetzt zu sein, nicht genug Liebe und Zuwendung zu erhalten, hilflos zu sein, einsam zu sein, zu versagen, nicht zu genügen, von anderen getrennt zu sein, angegriffen zu werden (verbal), nicht respektiert zu werden, nicht akzeptiert zu werden und machtlos zu sein.

Für die Patienten ist es auch sehr schlimm, verlassen zu werden, Anforderungen nicht zu genügen, andere zu verlieren und nicht anerkannt oder wertgeschätzt zu werden. Weniger bedeutsam erscheinen für die Patienten die Annäherungsziele, das Leben „aus vollen Zügen zu genießen“, meinen Glauben zu leben, bewundert zu werden, meinen Freiraum zu haben, besser als andere abzuschneiden, etwas zu erleben, einen großen Bekanntenkreis zu haben, unabhängig zu sein, ein spannendes Leben zu führen, viele Freunde zu haben, intensiv zu leben, mich weiterzubilden, andere zu beeindrucken, viele Kontakte zu haben, anderen überlegen zu sein, breite Interessen zu verfolgen, viel mit anderen zusammen unternehmen oder sich als Teil einer höheren Ordnung zu erleben.

Bei den Annäherungszielen der Partner ( $n=46$ ) sind Streben nach Intimität und Bindung (*Gesamtmittelwert: 4,04*), nach Altruismus (*3,75*), nach Leistung (*4,18*), nach Kontrolle (*4,10*), nach Selbstvertrauen (*4,04*), Selbstbelohnung (*4,71*) und Anerkennung und Bestätigung (*3,95*) stark ausgeprägt. Als weniger oder mittelmäßig wichtig werden die Annäherungsziele nach Geselligkeit (*2,96*), nach Hilfe (*3,11*), nach Status (*2,60*), nach Autonomie (*3,48*), nach Glauben und Sinn (*2,78*) und nach Abwechslung (*3,30*) bewertet. Als Vermeidungsziele werden ziemlich schlimm Alleinsein und Trennung (*Gesamtmittelwert: 4,18*), Geringschätzung (*4,00*), Hilflosigkeit (*4,19*), Versagen (*4,23*) sowie Abhängigkeit/Autonomieverlust (*3,78*) und Vorwürfe/ Kritik (*3,77*) empfunden. Als mittelmäßig schlimm werden Erniedrigung und Blamage (*3,30*), Verletzungen und Spannungen (*3,51*) sowie Schwäche und Kontrollverlust (*3,12*) bewertet. Annäherungs- und Vermeidungsziele sind in der Partnerstichprobe gleich stark repräsentiert.

Männliche Partner zeigen eine signifikant stärkere Ausprägung in den Annäherungszielen: Streben nach Anerkennung und Bestätigung ( $p=,036$ ), Streben nach Status ( $p=,050$ ), nach Leistung ( $p=,046$ ) und nach Kontrolle ( $p=,015$ ) als weibliche Partner. Zudem vermeiden sie signifikant stärker Schwäche und Kontrollverlust ( $p=,005$ ), Hilflosigkeit ( $p=,004$ ) und Versagen als weibliche Partner ( $p=,002$ ).

Für männliche Partner ist es nicht so wichtig, bewundert zu werden (Mittelwert: 2,65;  $p=030$ ) oder anderen überlegen zu sein (Mittelwert: 2,71;  $p=,016$ ).



Sie weisen hier signifikant höhere Mittelwerte als die weiblichen Partner auf. Männliche Partner streben mehr danach, Sexualität zu leben ( $p=,003$ ), die Situation im Griff zu haben ( $p=,006$ ), ihren Platz in der Welt zu finden ( $p=,006$ ), geachtet und respektiert zu werden ( $p=,045$ ) und empfinden es schlimmer als weibliche Partner, nicht genug Liebe und Zuwendung zu erhalten ( $p=,006$ ), eigene Schwächen zu zeigen ( $p=,015$ ), hilflos zu sein ( $p=,014$ ), einsam zu sein ( $p=,036$ ), zu versagen ( $p=,000$ ), andere zu verletzen ( $p=,036$ ) oder von anderen getrennt zu sein ( $p=,008$ ).

Zudem empfinden es männliche Partner als schlimmer, von Gefühlen überwältigt zu werden ( $p=,000$ ), nicht respektiert ( $p=,014$ ) und ertappt zu werden ( $p=,018$ ), verlassen zu werden ( $p=,005$ ), Anforderungen nicht zu genügen ( $p=,038$ ), andere zu verärgern ( $p=,004$ ), einer Situation ausgeliefert zu sein ( $p=,005$ ) und andere zu verlieren ( $p=,002$ ).

Für weibliche Partner ist es bedeutsamer als für männliche Partner, geschützt zu werden (Mittelwert: 3,33;  $p=,013$ ), sich als Teil einer höheren Ordnung zu erleben (Mittelwert: 2,00;  $p=,045$ ) und entlastet zu werden (Mittelwert: 3,75;  $p=,021$ ). Für beide Geschlechtergruppen ist es ziemlich wichtig, Leistung zu bringen, auf sich selbst zu vertrauen, anerkannt zu werden, die Situation im Griff zu haben, eine verlässliche Paarbeziehung zu haben, sich anzustrengen und durchzuhalten, mit jemandem zärtlich zu sein, ein gutes Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst unter Kontrolle zu haben, ein tüchtiger Mensch zu sein, Liebe zu erfahren und die Übersicht zu behalten. Als besonders schlimm wird es empfunden, hilflos zu sein, einsam zu sein, fremdbestimmt zu werden, zu versagen, nicht zu genügen, machtlos zu sein, inkompetent zu sein, verlassen zu werden, Anforderungen nicht zu genügen, einer Situation ausgeliefert zu sein, andere zu verlieren und nicht anerkannt zu werden.

Interessant erscheint die Frage, in welchen motivationalen Schemata (Annäherungs- und Vermeidungsziele) sich Patienten und Partner unterscheiden oder ähnlich sind. Die Patienten zeigen signifikant höhere Ausprägungen in den Annäherungszielen Streben nach Altruismus (*U-Test*:  $p=,004$ ), Streben nach Hilfe ( $p=,000$ ), nach Anerkennung und Bestätigung ( $p=,003$ ), nach Glauben und Sinn ( $p=,004$ ) und den Vermeidungszielen Alleinsein und Trennung ( $p=,005$ ), Erniedrigung und Blamage ( $p=,000$ ), Vorwürfe und Kritik ( $p=,021$ ) sowie Verletzungen und Spannungen ( $p=,015$ ). In den Gesamtwerten für Annäherungsziele lassen sich keine Unterschiede finden, die Ausprägung der Vermeidungsziele ist bei den Patienten signifikant höher als bei den Partnern ( $p=,010$ ). Am stärksten ist bei beiden Gruppen das Annäherungsziel Streben nach Selbstbelohnung (*Gesamtmittelwert*: 4,80) ausgeprägt.

Als ziemlich bedeutsam werden von Patienten und Partnern die Annäherungsziele Streben nach Intimität und Bindung (4,06), nach Anerkennung und Bestätigung (4,12), nach Leistung (4,23) und nach Selbstvertrauen (4,10) bewertet.

Die Vermeidungsziele Alleinsein und Trennung (4,31), Geringschätzung (4,08), Hilflosigkeit (4,20) sowie Versagen (4,27) werden als ziemlich schlimm von beiden Gruppen eingeschätzt. Streben nach Geselligkeit (2,88), nach Status (2,66) sowie nach Glauben und Sinn (2,98) sind für beide Gruppen weniger bedeutsam.

Den Patienten ist es signifikant wichtiger, Leistung zu bringen (*U-Test:  $p=,005$* ), akzeptiert zu werden ( $p=,000$ ), ihren Glauben zu leben ( $p=,036$ ), bewundert zu werden ( $p=,047$ ), Hilfe zu bekommen ( $p=,000$ ), andere zu beschützen ( $p=,028$ ), ein gutes Selbstwertgefühl zu haben ( $p=,026$ ), geachtet und respektiert zu werden ( $p=,001$ ), Liebe zu erfahren ( $p=,042$ ), umsorgt zu werden ( $p=,018$ ), beschützt zu werden ( $p=,000$ ), einen Sinn im Leben zu finden ( $p=,000$ ), mich für Schwächere einzusetzen ( $p=,002$ ), entlastet zu werden ( $p=,024$ ) und andere zu unterstützen ( $p=,044$ ).

Patienten empfinden es schlimmer als die Partner, Vorwürfen ausgesetzt zu sein ( $p=,001$ ), nicht genug Liebe und Zuwendung zu erhalten ( $p=,000$ ), sich mit anderen zu streiten ( $p=,000$ ), sich in peinliche Situationen zu bringen ( $p=,000$ ), von anderen getrennt zu sein ( $p=,005$ ), angegriffen zu werden ( $p=,000$ ), bestraft zu werden ( $p=,041$ ), sich zu blamieren ( $p=,001$ ), ertappt zu werden ( $p=,001$ ), nicht wertgeschätzt zu werden ( $p=,006$ ), Anforderungen nicht zu genügen ( $p=,013$ ), ihre eigenen Bedürfnisse zu zeigen ( $p=,044$ ) und andere zu verärgern ( $p=,037$ ). Den Partnern ist es etwas wichtiger, viel zusammen mit anderen zu unternehmen (Gesamtmittelwert: 2,90;  $p=,035$ ).

Besonders wichtig ist beiden Gruppen, Leistung zu bringen (Gesamtmittelwert: 4,43), eine verlässliche Partnerschaft zu haben (4,64), Liebe zu erfahren (4,50), als besonders schlimm empfinden es beide Gruppen, hilflos zu sein (4,43), einsam zu sein (4,35), zu versagen (4,51), machtlos zu sein (4,46), verlassen zu werden (4,59), einer Situation ausgeliefert zu sein (4,28) und andere zu verlieren (4,57). Weniger wichtig sind für Patienten und Partner, ihren Glauben zu leben (2,25), bewundert zu werden (2,70), ein großer Bekanntenkreis (2,76), viele Freunde zu haben (2,98), andere zu beeindrucken (2,60), viele Kontakte zu haben (2,90), anderen überlegen zu sein (2,37), viel mit anderen zusammen zu unternehmen (2,90) und sich als Teil einer höheren Ordnung zu erleben (1,73). Als weniger schlimm wird eingeschätzt, von Gefühlen überwältigt zu werden (3,24) und die eigenen Bedürfnisse zu zeigen (3,05).

Bei den Fremdeinschätzungen schätzen die Patienten die Partner bezüglich der Annäherungs- und Vermeidungsziele ein, die Partner beurteilen die Patienten. („Für den Partner/die Partnerin ist es wichtig...“; „Für den Partner/die Partnerin ist es schlimm...“). Patienten und Partner schätzen ein, dass den Partnern das Streben nach Anerkennung und Bestätigung (Gesamtmittelwert: 4,11), Altruismus (3,70) und Selbstvertrauen (3,85) ziemlich wichtig sind. Beide Gruppen glauben von ihren Partnern, dass sie Alleinsein und Trennung (4,10), Ge-

ringschätzung (4,15), Hilflosigkeit (4,02) und Versagen (4,05) ziemlich schlimm empfinden und stark vermeiden möchten. Die Vermeidung von Verletzungen und Spannungen (3,32) sowie Schwäche und Kontrollverlust (3,37) werden gegenseitig als mittelmäßig stark eingeschätzt. Das Streben nach Glauben und Sinn (2,87), nach Geselligkeit (2,82), nach Status (3,05), nach Abwechslung (3,13), nach Autonomie (3,48), nach Bildung und Verstehen (3,40) und nach Selbstbelohnung (3,34) werden gegenseitig als mittelmäßig wichtig bewertet.

Die Patienten schätzen ihre Partner stärker in den Annäherungszielen Streben nach Intimität und Bindung (*U-Test*:  $p=,016$ ), Streben nach Geselligkeit ( $p=,000$ ), nach Autonomie ( $p=,000$ ), nach Leistung ( $p=,001$ ), nach Kontrolle ( $p=,000$ ), nach Bildung und Verstehen ( $p=,003$ ), nach Abwechslung ( $p=,002$ ), nach Selbstvertrauen ( $p=,000$ ) und nach Selbstbelohnung ( $p=,012$ ) sowie in der Vermeidung von Abhängigkeit und Autonomieverlust ( $p=,003$ ) ein als die Partner die Patienten.

Die Partner schätzen die Patienten stärker in ihrem Streben nach Hilfe ( $p=,017$ ) ein und in der Vermeidung von Erniedrigung und Blamage ( $p=,030$ ) sowie von Vorwürfen und Kritik ( $p=,022$ ). In der Ausprägung der Vermeidungsziele schätzen sich Partner und Patienten gegenseitig gleich stark ein, bei den Annäherungszielen vermuten die Patienten eine stärkere Ausprägung bei ihren Partnern als die Partner bei den Patienten ( $p=,001$ ).

Männliche Partner schätzen das Streben der Partnerin (Patientin) nach Hilfe (*U-Test*:  $p=,044$ ) sowie die Vermeidung von Erniedrigung und Blamage ( $p=,032$ ) höher ein als weibliche Partner. Weibliche Partner schätzen das Streben nach Status ( $p=,022$ ), nach Autonomie ( $p=,007$ ) und die Vermeidung von Abhängigkeit ( $p=,005$ ) bei ihren Partnern (Patienten) höher ein als männliche Partner.

Männliche Patienten vermuten ein stärkeres Streben nach Autonomie ( $p=,012$ ), nach Glauben und Sinn ( $p=,014$ ) und nach Selbstbelohnung ( $p=,025$ ) bei den Partnerinnen als Patientinnen. Patientinnen glauben, dass ihre Partner stärker Schwäche und Kontrollverlust ( $p=,002$ ) sowie Hilflosigkeit ( $p=,003$ ) vermeiden als Patienten.

Um zu prüfen, inwieweit sich die Selbsteinschätzung und die Fremdwahrnehmung der Annäherungs- und Vermeidungsziele unterscheiden, wurden die Selbsteinschätzungen der Patienten und Partner mit den Fremdeinschätzungen ihrer Partner mit dem *U-Test* verglichen. Die Patienten schätzen ihr eigenes Streben nach Intimität und Bindung ( $p=,001$ ), nach Altruismus ( $p=,006$ ), nach Anerkennung und Bestätigung ( $p=,019$ ), nach Leistung ( $p=,000$ ), nach Kontrolle ( $p=,000$ ), nach Bildung und Verstehen ( $p=,009$ ), nach Glauben und Sinn ( $p=,003$ ), nach Abwechslung ( $p=,042$ ), nach Selbstvertrauen ( $p=,000$ ) und nach Selbstbelohnung ( $p=,018$ ) viel höher ein als die Partner es einschätzen. Die Vermeidung von Trennung und Alleinsein ( $p=,018$ ), Verletzungen und Spannungen ( $p=,001$ ) und Versagen ( $p=,012$ ) sowie die Gesamtausprägungen der Annäherungs- und Vermeidungsziele ( $p=,000$ ) werden signifi-

kant viel höher von den Patienten eingeschätzt als von ihren Partnern. Die Patienten schätzen sich auch in den meisten Einzelitems signifikant höher ein als ihre Partner sie einschätzen. Einzig in der Einschätzung „Es ist mir wichtig, anderen überlegen zu sein“ zeigt sich, dass die Partner eine signifikant höhere Ausprägung als die Patienten selbst vermuten ( $p=,018$ ).

Die Selbsteinschätzung der Partner unterscheidet sich sowohl in den Skalen-, als auch in den Einzelitems nicht so stark von der Einschätzung der Patienten, die Übereinstimmung erscheint höher. Die Partner schätzen sich selbst signifikant höher in den Skalenausprägungen Streben nach Status ( $U\text{-Test: } p=,001$ ) und nach Autonomie ( $p=,019$ ) ein. Das Annäherungsziel Streben nach Selbstbelohnung ( $p=,000$ ) sowie die Vermeidungsziele (Gesamtwert) werden von den Patienten viel höher eingeschätzt als von den Partnern selbst ( $p=,000$ ). Die Ebene der Einzelitems weist ebenfalls relativ wenige Unterschiede auf. Die Selbsteinschätzung der Partner ist signifikant höher als die Einschätzung der Patienten in der Wichtigkeit, akzeptiert zu werden ( $p=,002$ ), bewundert zu werden ( $p=,002$ ), etwas für mich zu machen ( $p=,032$ ), meinen Platz in der Welt zu finden ( $p=,030$ ), andere zu beeindrucken ( $p=,002$ ), mir selbst etwas zu gönnen ( $p=,012$ ), selbst über mich zu bestimmen ( $p=,007$ ), anderen überlegen zu sein ( $p=,001$ ), geschützt zu werden ( $p=,031$ ) und es schlimm zu empfinden, nicht bestätigt zu werden ( $p=,007$ ).

Innerhalb der Patientenstichprobe zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Annäherungs- und Vermeidungszielen zwischen Patienten, die ihre Beziehung als „glücklich“ und „unglücklich“ bewerten. Bei der Betrachtung der Einzelitems zeigt sich, dass Patienten, die ihre Beziehung als „glücklich“ empfinden, höhere Werte in der Wichtigkeit einer verlässlichen Paarbeziehung ( $U\text{-Test: } p=,004$ ), andere zu beschützen ( $p=,038$ ) sowie Liebe zu erfahren ( $p=,006$ ) erreichen.

Patienten, die ihre Beziehung als „glücklich“ beschreiben wollen stärker vermeiden, ertappt zu werden ( $p=,005$ ), verlassen zu werden ( $p=,006$ ) und andere zu verlieren ( $p=,049$ ) als „unglückliche“ Patienten. Patienten, die ihre Beziehung als „unglücklich“ empfinden, zeigen signifikant höhere Ausprägungen in der Wichtigkeit, anerkannt zu werden ( $p=,045$ ), anderen überlegen zu sein ( $p=,006$ ) und der Vermeidung, kritisiert zu werden ( $p=,028$ ). In der Partnerstichprobe zeigen sich im Vergleich mit der Patientenstichprobe Unterschiede in der Bewertung einzelner Annäherungs- und Vermeidungsziele durch Partner, die ihre Beziehung als „glücklich“ oder „unglücklich“ empfinden.

So streben „glückliche“ Partner deutlich mehr nach Altruismus ( $p=,014$ ), nach Hilfe ( $p=,027$ ) sowie nach Glauben und Sinn ( $p=,007$ ) und vermeiden viel stärker Alleinsein und Trennung ( $p=,041$ ). „Unglückliche“ Partner streben stärker nach Geselligkeit ( $p=,027$ ), nach Status ( $p=,006$ ), nach Autonomie ( $p=,007$ ) und vermeiden Abhängigkeit und Autonomieverlust

( $p=,000$ ). Für „glückliche“ Partner ist es signifikant wichtiger, ihren Glauben zu leben ( $p=,044$ ), Hilfe zu bekommen ( $p=,040$ ), eine verlässliche Paarbeziehung zu haben ( $p=,002$ ), Liebe zu erfahren ( $p=,003$ ), geschützt zu werden ( $p=,007$ ), sich als Teil einer höheren Ordnung zu erleben ( $p=,019$ ), andere zu unterstützen ( $p=,025$ ) und zu vermeiden, einsam zu sein ( $p=,016$ ), sich mit anderen zu streiten ( $p=,029$ ) und verlassen zu werden ( $p=,003$ ). Für „unglückliche“ Partner ist es wichtiger, ihren Freiraum zu haben ( $p=,048$ ), besser als andere abzuschneiden ( $p=,047$ ), einen großen Bekanntenkreis zu haben ( $p=,013$ ), unabhängig zu sein ( $p=,004$ ), andere zu beeindrucken ( $p=,009$ ), viele Kontakte zu haben ( $p=,011$ ), selbst über sich zu bestimmen ( $p=,007$ ), anderen überlegen zu sein ( $p=,001$ ), die Übersicht zu behalten ( $p=,050$ ) und schlimmer, fremdbestimmt zu werden ( $p=,000$ ), abhängig zu sein ( $p=,049$ ), eingeengt zu werden ( $p=,003$ ), nicht selbst bestimmen zu können ( $p=,014$ ) und seine Eigenständigkeit zu verlieren ( $p=,001$ ) als für „glückliche“ Partner.

## VI.8 Interpersonale Probleme bei Patienten und Partnern

Bei der Erfassung der interpersonalen Probleme unterscheiden sich die Patienten signifikant von den Partnern, indem sich die Patienten selbst viel höher in den Skalen zu introvertiert und sozial vermeidend, zu selbstunsicher und unterwürfig, zu ausnutzbar und nachgiebig, zu fürsorglich und freundlich sowie zu expressiv und aufdringlich ( $p=,000$ ) einschätzen als die Partner. Demnach fällt es den Patienten signifikant schwerer, anderen Menschen zu vertrauen (*U-Test*:  $p=,000$ ), anderen gegenüber „Nein“ zu sagen ( $p=,000$ ), sich Gruppen anzuschließen ( $p=,000$ ) und andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren ( $p=,000$ ).

Zudem fällt es Patienten signifikant schwerer als Partnern, anderen gegenüber Wut zu benennen ( $p=,000$ ), aggressiv zu sein ( $p=,000$ ), Gefühle anderen gegenüber frei zu äußern ( $p=,039$ ), standfest zu sein ( $p=,000$ ), anderen Grenzen zu setzen ( $p=,000$ ), sich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten ( $p=,000$ ) und das eigene Wohl nicht aus den Augen zu verlieren, wenn jemand in Not ist ( $p=,001$ ). Die Patienten geben signifikant stärker an, sich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich zu fühlen ( $p=,050$ ), sich zu leicht von anderen überreden zu lassen ( $p=,000$ ), die Bedürfnisse anderer über die eigenen zu stellen ( $p=,008$ ), zu leichtgläubig zu sein ( $p=,000$ ), zu großzügig ( $p=,001$ ), zu ängstlich vor anderen ( $p=,000$ ), zu misstrauisch ( $p=,003$ ) und zu ausnutzbar zu sein ( $p=,000$ ).

Patienten und Partner geben gleichermaßen an, dass es ihnen nicht besonders schwer fällt, eine langfristige Beziehung mit anderen einzugehen, anderen ihre Zuneigung zu zeigen, die Ansichten anderer zu verstehen, ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden, jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen, sich anderen nahe zu fühlen, sich um die Probleme anderer zu kümmern, sich Ärger zu gestatten oder über andere zu ärgern, die Bedürfnisse eines anderen über die eigenen zu stellen, sich über das Glück anderer zu freuen,

Anweisungen von Vorgesetzten entgegen zu nehmen. Patienten und Partner meinen gleichermaßen, sich nur wenig mit anderen zu streiten und nur wenig Wert darauf zu legen, beachtet zu werden oder andere zu kontrollieren, wenig unabhängig zu sein und nicht zu leicht anderen zu vertrauen sowie nur wenig andere zu beeinflussen.

Beide Gruppen geben aber auch an, dass es ihnen schwer fällt, sich mit jemandem zu streiten, allein zu sein, sich zu öffnen und Gefühle mitzuteilen.

Weibliche Patienten zeigen signifikant höhere Ausprägungen der Skalen zu abweisend und kalt (*U-Test:  $p=,026$* ), zu selbstunsicher und unterwürfig ( *$p=,001$* ), zu aus-nutzbar und nachgiebig ( *$p=,018$* ) sowie zu fürsorglich und freundlich ( *$p=,024$* ) im Vergleich mit den männlichen Patienten. Bei den Skalen zu autokratisch und dominant, zu streitsüchtig und konkurrierend, zu sozial vermeidend und zu aufdringlich weisen die weiblichen Patienten etwas höhere Mediane als die männlichen Patienten auf, die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch bedeutsam. Bei der Analyse der Einzelitems bestätigen sich die Annahmen darüber, dass weibliche Patienten eine etwas stärkere Ausprägung an den hier erfragten zwischenmenschlichen Problemen zeigen, obwohl bei beiden Geschlechtern keine Höchstwerte erreicht werden. In der Partnerstichprobe zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Skalen zu autokratisch und dominant, zu streitsüchtig und konkurrierend, zu abweisend und kalt, zu introvertiert und sozial vermeidend oder zu ausnutzbar und nachgiebig.

Weibliche Partner zeigen signifikant höhere Ausprägungen als männliche Partner auf den Skalen zu selbstunsicher und unterwürfig (*U-Test:  $p=,015$* ), zu fürsorglich und freundlich ( *$p=,002$* ) sowie zu expressiv und aufdringlich ( *$p=,050$* ). Weibliche Partner geben etwas mehr Probleme als männliche Partner damit an (mittelmäßig bis ziemlich), anderen gegenüber „Nein“ zu sagen ( *$p=,005$* ), andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren ( *$p=,031$* ) oder anderen Grenzen zu setzen ( *$p=,011$* ). Sie glauben zudem, großzügiger zu sein ( *$p=,001$* ), sich weniger zu streiten ( *$p=,047$* ) und etwas mehr persönliche Dinge zu erzählen ( *$p=,013$* ) als männliche Partner. Den männlichen Partnern fällt es etwas schwerer, anderen Menschen ihre Zuneigung zu zeigen ( *$p=,021$* ), allein zu sein ( *$p=,013$* ), sich jemandem zu öffnen und ihre Gefühle mitzuteilen ( *$p=,029$* ). Beide Geschlechtergruppen zeigen mittelmäßige Ausprägungen bei der Einschätzung der interpersonalen Probleme.

Die Frage, woraus Patienten und Partner Kraft schöpfen, wurde frei und sehr vielseitig beantwortet. Bei den männlichen Patienten ( $n=12$ ) stehen Tätigkeiten, die einen Bezug zur Natur haben, im Vordergrund (Spaziergänge, Garten, Gartenarbeit, Natur und Wald). Auch sportliche Aktivitäten werden genannt. Die weiblichen Patienten ( $n=34$ ) nennen das Zusammensein mit den Kindern am häufigsten, die Natur (Blumen ansehen, Natur und Wald, mit Tieren zusammen sein) sowie Hausarbeit, sportliche Aktivitäten (reiten), Tagebuch schreiben

oder die Wohnung verschönern. Weibliche Patienten nennen zudem die gemeinsame Teilnahme mit ihrem Partner an dieser Untersuchung als Kraftquelle.

Die männlichen Partner (n=34) nennen am häufigsten den Beruf und die Arbeit, sich auf ihre Tochter konzentrieren, mit Arbeitskollegen zusammen sein, aber auch den Sportverein als hilfreiche Quelle. Gartenarbeit, Musik oder der christliche Glaube werden auch genannt. Die weiblichen Partner (n=12) nennen als eigene Kraftquellen Bewegung in der Natur, Atemübungen, sich an der Befragung beteiligen oder mit Kindern zusammen sein.

Die Frage nach den Fähigkeiten wurde als Satzanfang („In schwierigen Situationen denke ich gern an Fähigkeiten, die ich habe oder an die ich mich erinnere...“) formuliert und von den Teilnehmern sehr individuell vervollständigt. Die meisten Teilnehmer waren in der Lage, drei Fähigkeiten zu benennen. In der Erstnennung der Patienten überwiegen „bin sehr hilfsbereit“ (13,0%), „guter Problemlöser für andere“ (6,5%) sowie „habe sehr viel Mitgefühl“, kann (eigentlich) sehr gut organisieren“, „bin sehr perfektionistisch“, „habe viele Ideen und Vorschläge“, „bin sehr einfühlsam“, „habe ein gutes Bauchgefühl“, „bin (eigentlich) sehr ehrgeizig“ und „mache gern anderen eine Freude“ (4,3%).

Bei der Zweitnennung der Patienten überwiegen „kann gut organisieren“ (13,0%), „kann anderen gut helfen“ (8,7%), „mich gut in andere hineinversetzen“ (6,5%) sowie „bin sehr fleißig“, „bin sehr hilfsbereit“, „bin sehr zuverlässig“, „kann gut zuhören“, „Talent zum Dekorieren“, „versuche, ein guter Mensch zu sein“ und „habe schon früher viele schwierige Situationen bewältigt“ (4,3%). In der Drittnennung überwiegen die Aussagen „bin sehr zielstrebig“ und „bin (eigentlich) liebevolle Mutter“ (8,7%), „bin sehr hilfsbereit“ (6,5%) sowie „sorge für Harmonie“, „bin ein guter Mensch“, „bin sehr belastbar“, „kann sehr viel aushalten“ (4,3%).

Bei den Partnern werden am häufigsten in der Erstnennung die Fähigkeit „kann (eigentlich) sehr gut organisieren“ (32,6%), „schaffe sehr viel“, „optimistische Grundeinstellung“ und „lasse mich nicht unterkriegen“ (6,5%) genannt. Je 4,3% nennen „kann sehr gut zuhören“, „bin sehr fleißig“, „bewahre Ruhe und Geduld“, „gutes Selbstvertrauen“ und „bin schnell und zielorientiert“ als ihre Fähigkeiten. Als zweite wichtige Fähigkeiten werden „kann gut organisieren“ (10,9%), „bin sehr belastbar“ und „Augen-zu-und-durch-Methode“ (6,5%) sowie „kann anderen gut helfen“, „bin sehr handwerklich“, „bin sehr fleißig“, „bin sehr hilfsbereit“, „bin sehr zuverlässig“, „bin sehr verständnisvoll“, „übernehme viel Verantwortung“, „kann gut Kontakte knüpfen“, „lasse mich nicht aus der Ruhe bringen“, „habe schon früher viele schwierige Situationen bewältigt“, „kann mich (eigentlich) gut durchsetzen“ und „lasse mich nicht aus der Ruhe bringen“ (4,3%). Als dritte Nennung finden sich am meisten „habe viel Durchhaltevermögen“ (10,9%), „bin sehr zuverlässig“ und „Ruhe bewahren und Toleranz“ (6,5%), 4,3%

nennen „kann mich zurückziehen“, „zwingt mich dran zu bleiben“, „bin vielseitig interessiert“ und „bin sehr gutmütig, loyal und zäh“.

In ihrer Einstellung gegenüber Forderungen glauben die meisten männlichen und weiblichen Patienten nicht, dass Forderungen durch den Partner hilfreich wären. Sie unterscheiden sich nicht signifikant. Die Partner schätzen Forderungen als hilfreiches Instrument höher ein als die Patienten (*U-Test:  $p=,001$* ). Während die Patienten Forderungen durch den Partner zu 45,7% als nicht hilfreich oder zu 21,7% als kaum hilfreich empfinden, sind das bei den Partnern nur 8,7%, die Forderungen als nicht hilfreich und 32,6%, die sie als kaum hilfreich bewerten.

In der Beantwortung der Frage nach der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten unterscheiden sich Patienten und Partner signifikant (*U-Test:  $p=,000$* ).

Bei den Patienten haben mehr als 50,0% schon eine Beratung in Anspruch genommen, bei 26,1% trifft es nicht und bei 10,9% kaum zu. Bei den Partnern haben nur 6,5% in irgendeiner Form eine Beratung erhalten, 80,4% hatten noch nie Beratungskontakt. Es lassen sich keine Geschlechtsunterschiede statistisch nachweisen.

Patienten- und Partnerstichprobe unterscheiden sich nicht signifikant in der Meinung, wie hilfreich sie eine Psychotherapie für die Krankheitsbewältigung bewerten. 32,6% der Patienten halten eine Psychotherapie für sehr hilfreich, bei den Partnern sind es 28,3%. Männliche Patienten schätzen Psychotherapie hilfreicher ein als weiblichen Patienten (*U-Test:  $p=,031$* ). 10,9% der weiblichen Patienten schätzen Psychotherapie als „nicht hilfreich“, 21,7% als kaum und 19,6% als „etwas hilfreich“ ein. Bei den weiblichen Partnern schätzen 15,2% eine Psychotherapie als „sehr hilfreich“ ein, bei den männlichen Partnern sind es 13,0% und 19,6%, die Psychotherapie als „kaum hilfreich“ empfinden ( *$p=,006$* ).

Nur 6,5% der Patienten wissen nicht, was eine Psychotherapie bedeutet. Bei den Partnern geben 26,1% der männlichen Partner an, das nicht zu wissen. 54,3% der Patienten (50,0% der Männer und 55,9% der Frauen) und 33,3% der Partner (27,3% der Männer und 50,0% der Frauen) haben bereits eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen, 15,2% der männlichen Partner geben an, es nicht zu wissen. Die Antworten auf die Frage: „Wie hilfreich ist oder war Ihre ambulante Psychotherapie?“ unterscheiden sich Patienten und Partner nicht signifikant in ihren Einschätzungen.

Bei den männlichen Patienten ( $n=12$ ) bewerten 25,0% ihre Psychotherapie als „hilfreich“ und 16,7% als „nicht hilfreich“. Weitere 16,7% geben an, sich damit nicht auszukennen, 33,3% wissen es noch nicht. Bei den weiblichen Patienten ( $n=34$ ) meinen 20,6%, es wäre „nicht hilfreich“, nur 8,8% bewerten ihre Psychotherapie als „hilfreich“ und 5,9% als „sehr hilfreich“. 17,6% meinen, die Psychotherapie sei „etwas hilfreich“, 8,8% „gar nicht hilfreich“. 20,6%



geben an, sich nicht auszukennen, 17,6% wissen es noch nicht. Insgesamt geben 21,7% aller Patienten an, es noch nicht zu wissen, nur 13,0% bewerten die Psychotherapie als „hilfreich“, 19,6% als „nicht hilfreich“, 15,2% als „etwas hilfreich“.

Bei den Partnern schätzen 9,8% die Psychotherapie als „sehr hilfreich“, 7,3% als „hilfreich“, 14,6% als „etwas hilfreich“ und 14,6% als „nicht hilfreich“ ein. 51,2% geben an, sich damit nicht auszukennen. Bei den männlichen Partnern geben 65,5% an, sich nicht auszukennen, bei den weiblichen Partnern sind es 16,7%. Männliche Partner schätzen zu je 10,3% die Psychotherapie als „etwas hilfreich“ und „nicht hilfreich“ ein, bei den weiblichen Partnern sind es je 25,0%. Für je 16,7% der weiblichen Partner ist die ambulante Psychotherapie „hilfreich“ und „sehr hilfreich“. Bei der frei geäußerten Kritik an der erlebten Psychotherapie wird von den Patienten genannt, dass sie sich gewünscht hätten, ihren Partner mitnehmen zu dürfen (6,5%), der Therapeut zu wenig an Alternativen interessiert sei (6,5%) und die Patienten den Therapeuten selbst als hilfebedürftig empfanden.

Zudem habe er/sie zu wenig Einblick in die Thematik zeigte, er/sie bestimmt selbst Probleme habe, er/sie sehr sympathisch sein muss, sich die Patienten schnell bevormundet und klein erlebten, es vielleicht noch andere Verfahren gebe oder die Patienten Angst vor Schuldzuweisungen und Ablehnung durch den Partner hätten (4,3%). Auch ein fehlendes Vertrauensverhältnis, ein „stures“ Gestalten nach Plan, ein Arbeiten wie nach einem Buch, Angst vor Bevormundung, zu forderndes Auftreten oder Ratschläge wurden negativ benannt. Die Partner merken kritisch an, zu wenige Informationen bekommen zu haben, Therapeuten seien zu wenig an Alternativen interessiert (6,5%). Weiter wird Angst genannt, „dass Psychologen mir die Schuld geben“, zu viele Vorschriften, „weiß nicht, wie das funktioniert“ oder „weiß nicht, ob reden helfen kann“ (4,3%).

Welches Verhalten veranlasst die Partner, die Patienten zu unterstützen? Können die Patienten selbst einschätzen, durch welches Verhalten sie ihr Befinden zum Ausdruck bringen? Keinem Teilnehmer fiel es schwer, diese Fragen im Interview frei zu beantworten. Die Patienten meinen, ihre Befindlichkeit zu 21,7% durch „viel weinen“, zu 17,4% durch den Gesichtsausdruck („Man sieht es an meinem Gesichtsausdruck“) oder „wenn ich nicht mehr rede“ (8,7%).

Bei den Patienten reagieren 6,5% mit „viel schlafen“, durch „nonverbale Kommunikation“ und „ziehe mich zurück“. Nur eine Patientin meint, man könne es ihr nicht ansehen, nur 4,3% teilen es offen mit. In der Zweitnennung sagen 8,7%, der Partner merke eine Verschlechterung am „viel schlafen“ oder der „Stimme“. 6,5% würden „weniger essen“ oder die Partnerin „kennt mich besser als ich selbst“. Partner bemerken zu 13,0% „viel weinen“, 8,7% sagen, der Partner „zieht sich zurück“ und 6,5% würden es an ihrem eigenen Gefühl bemerken. In der Zweitnennung finden sich „versteinertes Gesicht“ (8,7%), allgemein das „Gesicht“, die

„Stimme“ und „bestimmte Worte“ (6,5%). Auch „schweigen“, „jammern“, „ständig fernsehen“ oder ein „zickiges, abweisendes Gefühl“ werden genannt.

## VI.9 Therapieziele und hilfreiche Maßnahmen

Im Interview nennen die Patienten (n=46) spontan als kurzfristige Therapieziele zu 10,9% „Symptome mindern“, 8,7% möchten ihre „körperlichen Beschwerden mindern“ und 6,5% „Depression bewältigen“. 4,3% sagen, wichtig wäre für sie eine „Stabilisierung“, „weniger grübeln“, „Medikamentenwechsel“, „Selbstbewusstsein erhöhen“, „weniger Schmerzen“, „raus aus der Depression“ oder „Lebensgewohnheiten ändern“. Bei der Zweitnennung der kurzfristigen Ziele der Patienten werden zu 17,4% „richtige Medikamente finden“, bei 8,7% die „Arbeitsfähigkeit herstellen“ und bei 6,5% „Selbstvertrauen erhöhen“ genannt.

Bei der Zusammenfassung der kurzfristigen Ziele in Anlehnung an die Kategorien nach Flick (1998) stehen bei den Patienten zu 13,0% die Symptomreduzierung/Stimmungsverbesserung und die Bewältigung von Alltagsproblemen im Vordergrund. 10,9% möchten allgemein die Depression bewältigen, 8,7% der Patienten die körperlichen Beschwerden mindern und weniger grübeln. Bei den weiblichen Patienten stehen für 11,8% die Symptomreduzierung, die Besserung körperlicher Beschwerden und die Reduzierung des Grübelns im Vordergrund, 8,8% möchten mehr Selbstvertrauen und –akzeptanz erreichen. Bei den männlichen Patienten geben 33,3% an, ihre (Alltags-) Probleme und 25,0%, die Depression bewältigen zu wollen. Die Partner (n=46) nennen als kurzfristige Ziele aus ihrer Sicht spontan „das richtige Medikament finden“ (28,3%), „Stabilisierung“ (13,0%), „Lebensenergie zurückgewinnen“ und „Besserung“ (6,5%). 4,3% sehen als kurzfristiges Ziel „allgemeines Wohlbefinden“, „Umgang mit anderen Menschen verbessern“, „Normalisierung der Lebensumstände“ und „keine Suizidgedanken“. In der Zweitnennung sind „richtige Medikamente finden“ und „körperliche Schmerzen mindern“ mit 10,9% die häufigsten Nennungen. Weiterhin werden als kurzfristige Ziele „Auszeit nehmen“ (6,5%) sowie „mit Kinderwunsch umgehen können“, „Erholung“, „neue Erkenntnisse gewinnen und umsetzen“, „Stimmung soll sich aufklären“ und „zur Ruhe kommen“ (4,3%) genannt. In Anlehnung an das Kategoriensystem (Flick, 1998) sehen 30,4% der Partner das kurzfristige Ziel darin, ein Medikament zu finden oder zu wechseln, 17,4% unspezifisch Gesundheit erlangen, 15,2% Stabilisierung. 6,5% definieren als Ziele eine Reduzierung des Grübelns und die Bewältigung der (Alltags-) Probleme. Männliche Partner definieren als kurzfristige Therapieziele zu 35,3%, ein richtiges Medikament finden oder wechseln, 17,6% eine Stabilisierung und 14,7% unspezifisch Gesundheit erlangen. Die weiblichen Partner schätzen zu jeweils 25,0% unspezifisch Gesundheit erlangen und (Alltags-) Probleme bewältigen sowie zu 16,7% ein richtiges Medikament finden oder wechseln als wichtigste kurzfristige Ziele ein.

Bei den langfristigen Therapiezielen schätzen die Patienten ein „höheres Selbstvertrauen“ (10,9%), „wieder so werden wie früher“ und „Arbeitsfähigkeit“ (8,7%) sowie ein „anderer Umgang mit der Erkrankung“ (6,5%) am häufigsten ein. Daneben werden „Selbstwertgefühl erhöhen“, „möchte allein klarkommen“, „möchte unbedingt Kinder haben“, „Ziele finden“, „Heilung“, „Gelassenheit erlernen“ und „Stabilität erreichen“ (4,3%) genannt. In der Zweitnennung werden „Selbstwertgefühl und –vertrauen“ und „Angstbewältigung“ (10,9%), „Belastungsfähigkeit“ (8,7%) sowie auch „Entscheidungen treffen können“, „Arbeitsfähigkeit“, „Leben genießen können“, „Geduld lernen“, „möchte alles allein schaffen“, „Stabilität“, „zu alter Stärke finden“, „mehr Sicherheit“ und „mehr Spaß haben“ (4,3%) als Ziele benannt.

Bei einer dritten Nennung entscheiden sich die Patienten zu 13,0% für „Freude am Leben“, zu 8,7% für „Schuldgefühle verringern“ und „kein Rückfall“. Insgesamt möchten 21,7% der Patienten das Selbstvertrauen und die Selbstständigkeit erhöhen, 13,0% die Arbeitsfähigkeit erhöhen, 10,9% die Krankheit besiegen / Heilung erreichen und 8,7% so werden wie früher. Bei den männlichen Patienten (n=12) möchten 25,0% so werden wie früher, 16,7% die Krankheit besiegen und einen besseren Umgang mit der Erkrankung erreichen. Bei den weiblichen Patienten (n=34) stehen Selbstvertrauen/Selbstständigkeit erhöhen (29,4%), Arbeitsfähigkeit erreichen (14,7%) und die Krankheit besiegen/Heilung (8,8%) im Vordergrund.

Bei den Partnern (n=46) nennen spontan 21,7% „höheres Selbstvertrauen“, 6,5% „wieder so werden wie früher“, „Selbstwertgefühl erhöhen“, „keine Rückfälle“ und „Heilung“ als langfristige Ziele. In der Zweitnennung finden sich bei 15,2% den „Alltag bewältigen können“, bei 6,5% der Partner beziehen sich die langfristigen Ziele auf das „Selbstwertgefühl/-vertrauen“, die „Arbeitsfähigkeit“ und „Therapie mit Alternativmethoden“. Bei der Drittnennung stehen für 10,9% der Partner „den Alltag bewältigen“ und bei 6,5% „Loslassen der Kindheitsgeschichte“ an erster Stelle. Insgesamt möchten 30,4% Selbstvertrauen und Selbstständigkeit erhöhen, 8,7% der Partner „so werden wie früher“, einen besseren Umgang mit der Erkrankung, die Krankheit besiegen/Heilung, 6,5% die Arbeitsfähigkeit erhöhen und einen Rückfall vermeiden. 4,3% empfinden Stressresistenz, Erhöhung der Belastbarkeit und Gelassenheit/Loslassen als wichtige langfristige Ziele. Die männlichen Partner glauben zu 35,3%, dass die Erhöhung des Selbstvertrauens/der Selbstständigkeit, zu 11,8% ein besserer Umgang mit der Erkrankung sowie „so werden wie früher“ (8,8%) langfristige Ziele sind oder sein sollten. Bei den weiblichen Partnern denken 25,0%, am wichtigsten ist die Rückfallvermeidung, für 16,7% sind es „die Krankheit besiegen“, Selbstvertrauen und Selbstständigkeit erhöhen.

Auf die Frage: „Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen?“ antworten die Teilnehmer sehr individuell. Patienten nennen spontan Sport (10,9%), 6,5% Medikamente einnehmen trotz Ablehnung, lange Spaziergänge und Atemtechniken. Als zweites werden die Mitarbeit an der Befragung, basteln und Gartenarbeit (8,7%) sowie Entspannungstechniken und „in der Natur

sein“ (6,5%) genannt. Bei der dritten Nennung sagen 10,9%, die Teilnahme an dieser Befragung habe ihnen bisher am meisten geholfen, zudem Spaziergänge in der Natur, mit Bekannten treffen und „an Kinder denken, nicht an die Krankheit“ (6,5%). Auf die Frage: „Was hat Ihnen bisher *nicht* geholfen?“ nennen die Patienten spontan Alkohol (21,7%), Paartherapie (8,7%), bei 6,5% bewerten die Patienten Gespräche mit der Partnerin oder dem Partner, Ratschläge und „alleinige Schulmedizin“ als nicht hilfreich.

4,3% der Patienten nennen Vorschläge (machen), Arztgespräche mit dem Partner, „immer für andere da sein“, Selbsthilfegruppe ohne Anleitung und „Aufforderungen, Bücher zu lesen, die Partnerin was geben“ als nicht hilfreich. Bei der zweiten Nennung sagen 17,4%, dass ihnen „noch mehr arbeiten“ nicht geholfen habe, 8,7% nennen Alkohol, 6,5% gemeinsame Arztgespräche und Beruhigungsmittel. Für 4,3% waren Lichttherapielampe und Bücher (zu unverständlich und kompliziert) nicht hilfreich. Bei der dritten Aussage nennen 13,0% Gespräche mit Leuten, die die Krankheit nicht kennen, 8,7% essen und 6,5% Selbsthilfegruppe und Alkohol als nicht hilfreich. Bei den Partnern nennen 23,9% spontan die Ablenkung mit Arbeit, 6,5% tägliche Fünf-Tibeter-Übungen als hilfreich. Bei der zweiten Nennung empfinden 8,7% Gespräche, mich auf meine Arbeit konzentrieren, mit Arbeitskollegen treffen und mich um mein Kind kümmern als hilfreich. 6,5% der Partner nennen „mich mit Freunden treffen“ und „nehme natürliche Vitalstoffe ein“.

Bei der dritten Äußerung der hilfreichsten Interventionen nennen je 8,7% der Partner Literatur und Streit vermeiden, 4,3% „an Kinder denken, nicht an Krankheit“. Auf die Frage, was den Partnern bisher nicht geholfen hat, nennen 23,9% der Partner „Gespräche mit Partnerin/Partner“, 13,0% Alkohol, 8,7% Ratschläge und alleinige Schulmedizin. 4,3% nennen Paartherapie, Psychotherapie, Vorschläge (machen), „Weight Watchers“ und Mitleid als nicht hilfreich. Bei der Zweitnennung geben 13,0% Alkohol, 6,5% gemeinsame Arztgespräche, Bevormundung von Therapeuten, noch mehr arbeiten, eine Arbeit für sie finden oder Aufmunterungen als nicht hilfreich an. 19 Partner (41,3%) geben als dritte nicht hilfreiche Erfahrung zu 8,7% an, Vorschläge wurden als Vorwurf gesehen, 6,5% nennen Alkohol, Forderungen stellen und „ihn/ sie überzeugen wollen“.

Die Frage: „Was sollte Ihr Partner *mehr* tun, damit es Ihnen besser geht?“ wird von den Patienten und Partnern sehr individuell beantwortet. 6,5% der Patienten (n=46) nennen (Erstnennung) „sich über die Erkrankung informieren“ und „ausreichend auf sich achten“, 4,3% „mich nach meinen Wünschen fragen“, mehr reden, mehr Zärtlichkeit und Liebe, „mir mehr Mut machen“, „mich mehr unterstützen“, „sollte mehr Forderungen an mich stellen“, „mir einige Bereiche allein überlassen“, „mich auch einfach mal in Ruhe lassen, obwohl es viel zu tun gibt“, mehr Vorschläge für gemeinsame Dinge machen, „mehr Vater für unseren Sohn sein“ und „mir leichtere Aufgaben überlassen“. Bei der zweiten Aussage nennen 13,0% der Patienten, der Partner soll Interesse für die Erkrankung zeigen und seine Gefühle äußern,

10,9% fordern mehr Informationen, 6,5% mehr Geduld sowie 4,3% „mit mir mehr über die Erkrankung reden“, sich mehr um eigene Gesundheit sorgen, „mehr ruhig mit mir reden“ und „mir mehr sagen, was er möchte“.

60,9% der Patienten nennen eine dritte, 43,5% eine vierte Intervention. 8,7% der Patienten meinen (Drittnennung), der Partner sollte sich mehr informieren, 6,5% mehr Verständnis zeigen, 4,3% ruhiger auf mich eingehen, mich mehr in Entscheidungen einbeziehen sowie mehr an sich und Gesundheit denken. Bei der vierten Nennung wünschen sich die meisten Patienten (8,7%) mehr Komplimente, 6,5% mehr Zutrauen in die Verbesserung, 4,3% mehr Information, mehr im Haushalt helfen, mehr Unterstützung bei der Erziehung und „mich mehr als Frau wahrnehmen“.

Die Partner (n=46) nennen auf die Frage: „Was sollte Ihr Partner *mehr* tun, damit es ihm besser geht?“ spontan zu 10,9% mehr Bewegung, 6,5% eine bessere Zeiteinteilung, 4,3% mehr „aus sich herausgehen“, mehr Willen aufbringen, mehr für sich tun, sich mehr an den Therapien beteiligen, positive Lebenseinstellung finden und „mal ‚nein‘ sagen“. Weiterhin (Zweitnennung) werden von 19,6% „mehr unter Leute gehen“, von 8,7% Bewegung und mehr Mut haben, abwechslungsreiche Freizeitgestaltung (6,5%) genannt. 4,3% der Partner nennen mehr Therapie, mehr Lebensfreude, mehr Sport, mehr bei Therapien aktiv sein, besser etwas durchhalten, sich mehr bei der Therapie anstrengen, sich ab und zu mehr ausruhen. Bei einer dritten Nennung meinen 15,2% der Partnerstichprobe, die Partner sollten mehr Mut haben, 10,9% sagen, sie sollten „sich mehr um die Familie kümmern“. 6,5% nennen „mehr Zutrauen zu sich selbst“, 4,3% „gute Therapeutin finden“, „mehr auf sich achten“, „mehr Bewegung“, „mehr mit Situation abfinden“ und „mehr Hoffnung haben“. Eine vierte Meinung zu der Frage: „Was sollte mein Partner *mehr* tun, damit es ihm besser geht?“ haben 54,3% der Partner. 10,9% der Partnerstichprobe nennen „sich mehr anstrengen“, 8,7% „mehr Selbstbewusstsein“, 6,5% „mehr Gelassenheit“ und „mehr Aktivität“, 4,3% „mehr Kontakte zu anderen Menschen“ und „mehr Zutrauen in Verbesserung“.

Bei der Frage: „Was sollte mein Partner *weniger* tun, damit eine Verbesserung eintritt?“ antworten 19,6% der Patienten, es nicht zu wissen, 13,0% „mich weniger bevormunden“, 8,7% „weniger Ratschläge“, 4,3% „weniger meckern“, „weniger Alkohol trinken“, „weniger Rechenschaft verlangen“, „mich weniger allein lassen“, „weniger Schuldgefühle“, „weniger aufbrausend sein“ und „sich weniger Sorgen machen“. Als zweites nennen 13,0% der Patienten „weniger Vorwürfe“ und je 4,3% „weniger gereizt reagieren“, „weniger Rückzug“, „weniger Druck“, „mich weniger von richtiger Genesung überzeugen wollen“ und „mich weniger runtermachen“. Innerhalb der Partnerstichprobe sagen 26,1% spontan, der Partner sollte „weniger grübeln“. 6,5% meinen, er sollte „weniger Selbstmitleid“ haben, 4,3% geben „weniger essen“, „weniger Vorwürfe“, „sich weniger gegen Neues verschließen“, „sich weniger zu Herzen nehmen“ und „weniger pessimistisch sein“ als hilfreich an.

Bei der Zweitmeinung werden von 8,7% der Partnerstichprobe „weniger jammern“, von 6,5% „weniger Vorwürfe“ und „weniger über Dinge ärgern, die nicht zu ändern sind“ sowie von 4,3% „sich weniger schuldig fühlen“, „sich weniger gehen lassen“, „weniger Angst vor Verschlechterung“, „weniger Mutlosigkeit verbreiten“, „weniger anderen Schuldgefühle machen“, „sich etwas zurücknehmen“, „weniger zweifeln“ und „weniger unsicher sein“.

Auf die Frage: „Was braucht mein Partner zur Krankheitsbewältigung?“ nennen 45,7% der Patienten spontan „viel mehr Informationen“, je 6,5% „weiß nicht“, „Therapie“, „psychologische Unterstützung“ und „nichts, empfinde es als optimal“. 4,3% glauben, der Partner bräuchte „einen gesunden Partner“, „Teilnahme an meiner Therapie, um das mal zu sehen“ und „mehr Einblick in die Behandlung“.

Als zweites nennen 8,7% der Patienten „viel Hoffnung“, 6,5% „mehr Verständnis“ und „mehr Interesse an der Erkrankung“. 4,3% der Patienten glauben, ihr Partner brauche „selbst körperliche Gesundheit“, „mehr Sexualität“, „Paargespräch“, „auch gute Gespräche mit Therapeuten“, „müsste selbst erst einmal gesund werden“ und „(Partner) würde gern mal an Therapie teilnehmen“. 54,3% der Patienten äußern eine dritte Meinung. 10,9% der Patientenstichprobe meinen, der Partner brauche „mehr Interesse an der Erkrankung“, 8,7% „Paargespräche“, 6,5% „Vertrauen in meine Genesung“ sowie 4,3% „gesunde(r) Partner(in)“, „müsste mal andere Betroffene kennen“, „sich ausruhen können“ und brauche einen „Ansprechpartner für die Probleme mit mir“. Auf die Frage, was der Partner zur Krankheitsbewältigung brauche, antworten 15,2% der Partner „hilfreiche Medikamente/„richtige“ Medikamente“, 6,5% „Enttäuschungen verarbeiten“ und „einen starken Willen“ sowie 4,3% „qualifizierte Betreuung“, „gute Behandlung/Therapie“, „Therapie, die hilft“, „mehr Mut“, „sie nicht bedrängen“, „mehr Therapien“, „kompetente Hilfe“ oder „andere Therapie, aber welche?“. 82,6% der Partner haben eine zweite, 58,7% eine dritte Meinung. Als zweites werden von 10,9% der Partnerstichprobe „gute Therapie“, von 8,7% „wirksames Medikament“ sowie von 6,5% „guter Arzt“, „Anerkennung von seinem Vater“, und „viel Ruhe“. 4,3% aller Partner meinen, der Partner (Patient) brauche „Bewegung“, „muss gebraucht werden“, „mehr Ausdauer“, „bessere Medikamente“ und „mehr Ansprechpartner“. Als drittes nennen 6,5% aller Partner „alternative Behandlungsmethoden“, 4,3% „familiäre Unterstützung“, „Vertrauen in den Arzt“, „Psychotherapie“, „mehr Willen“, „mehr Hoffnung“, „sich ausruhen können“ und „mehr Erholung“.

## VII ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Vorstellungen und Erfahrungen von Patienten und ihren Partnern, die von einer depressiven Erkrankung betroffen sind. Krankheitskonzepte und die motivationale Lage der Betroffenen sowie geschlechtsspezifische Besonderheiten stehen im Vordergrund der Untersuchung, um daraus rehabilitative Vorschläge entwickeln zu können. Diese Untersuchung wurde unter den klinischen Alltagsbedingungen der Patienten und Partner durchgeführt und zeigt einen Querschnitt der Krankheits- und Behandlungserfahrungen.

Die Gesamtstichprobe ergab sich aufgrund der Festlegung von definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die Patienten und weist eine realistische Geschlechter- und Altersverteilung (Dombrowski & Gravemeier, 2002) auf. Eine Verringerung der Teilnehmerzahl ergab sich durch die Schwierigkeit, auch die Partner zu einer Teilnahme zu gewinnen oder das Einverständnis des Patienten dafür zu erhalten. Durch die höhere Auftretenswahrscheinlichkeit einer depressiven Erkrankung bei Frauen, ergaben sich auch unterschiedliche geschlechtsspezifische Verteilungen in den Teilstichproben, denen mit geeigneten statistischen Auswertungsmethoden Rechnung getragen werden musste und das Erreichen von statistischen Signifikanzgrenzen zum Teil erschwerte. Das Ziel war es zudem, alle Patienten, die die Aufnahmekriterien erfüllten zu erreichen, um einem Selektionsprozess hinsichtlich der „complianten Patienten“ entgegen zu wirken sowie auch deren Partner einzubeziehen. Die persönliche Ansprache sowie das Einräumen der Möglichkeit, Kritik an bisherigen Behandlungsverfahren zu äußern, haben wesentlich zur Teilnahmebereitschaft beigetragen.

Aufgrund der Rekrutierung der Patienten in einem stationären und teilstationären Setting konnte sichergestellt werden, dass Patienten und Partner unabhängig voneinander befragt werden konnten und keine Absprachen erfolgten.

Die besondere Hervorhebung der Nützlichkeit der Befragung für die weitere Entwicklung von Therapiemethodik sowie die große Bedeutsamkeit des Datenschutzes gegenüber der Partner, der Behandler und der Klinik haben wesentlich zu einer guten Teilnahmebereitschaft beigetragen. Die Formulierung eines Briefes an die Angehörigen, in dem das Anliegen, die besondere Bedeutung sowie der Datenschutz erklärt wurden, hat die Patienten ebenfalls entlastet und die Teilnahmebereitschaft erhöht. Die „Probeinterviews“ im Vorfeld haben gezeigt, dass die Abfolge der Fragen und deren Modifizierung hinsichtlich der Aufmerksamkeitslenkung bedeutsam und hilfreich waren.

Da die Variable des Untersuchers über alle Interviews konstant gehalten wurde, wurden Wahrnehmungs- und Interpretationsverzerrungen minimiert.

Die Verwendung verschiedener Methoden zur Informationsgewinnung –semistrukturiertes Interview und standardisierte Fragebögen– hat sich als sehr aussagekräftig bewährt. Während die standardisierten Fragebögen den aktuellen Standpunkt der Betroffenen zum Krankheitskonzept sowie überdauernde Motivlagen abbilden, scheinen die freien Antworten eher den Befindlichkeiten, Widersprüchen, der Kritik und dem Prozess der Auseinandersetzung mit der Erkrankung sowie partnerschaftlichen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Die Methoden der „Satzanfänge“ und der „Skalierung“ waren gut geeignet, Prozesse der Antworttendenz im Sinne der „sozialen Erwünschtheit“ zu minimieren und freie Antworten anzuregen.

Die depressiven Patienten waren sehr gut in der Lage, das Interview über die Zeit zu bewältigen. Das gilt auch für Patienten mit einer schwer ausgeprägten depressiven Episode. Befürchtungen, depressive Menschen könnten aufgrund der Symptomatik, der medikamentösen Behandlung oder einer geringeren Konzentrationsfähigkeit diese Anforderungen nicht bewältigen, haben sich nicht bestätigt. Möglicherweise haben die Strukturierung des Interviews und die spezielle Beschäftigung mit ihrer Person und ihren Eindrücken als Teil einer wissenschaftlichen Untersuchung sie dabei unterstützen können. Für viele Partner und Partnerinnen war es eine neue Erfahrung, so im Interesse einer Untersuchung zu stehen und die Möglichkeit zu haben, über ihre Erfahrungen berichten und auch Kritik äußern zu können. Einige Patienten und Partner nannten diese Untersuchung als hilfreich im Sinne der Krankheitsbewältigung oder formulierten noch anschließend Überlegungen in schriftlicher Form. Zudem hat sich gezeigt, dass die Fragestellungen, die sich auf die antizipierte Sichtweise des jeweiligen Partners beziehen („Was glauben Sie, denkt ihr Partner...?“), auch bei depressiven Patienten sehr gut geeignet sind, eine Perspektivübernahme anzuregen, Suchprozesse zu initiieren und mit dem Partner oder der Partnerin darüber ins Gespräch zu kommen.

Überraschend ist, dass nur 37,0% der Patienten und 39,1% der Partner die zutreffende Diagnose „Depression“ benennen, obwohl die Erkrankung schon über einen langen Zeitraum besteht. Möglicherweise führen zusätzliche Symptome oder die Schwere der Symptomatik zu der Annahme, es müsse sich um eine andere Erkrankung handeln oder die Depression könne nicht die Hauptdiagnose sein. Da die meisten Partner von den Patienten informiert werden, ist das Ergebnis der Partner nachvollziehbar. Nur 10,9% der Partner geben an, von dem behandelnden Arzt über die genaue Diagnose informiert worden zu sein, wobei die genaue Diagnose den Partnern nicht so wichtig erscheint wie den Patienten.



Bei der Interpretation der Ergebnisse erscheint es zudem wichtig, dass die meisten Patienten Frauen sind, die meisten Partner Männer ( $n=34$ ). Dennoch wurde versucht, die Geschlechtsunterschiede innerhalb der Teilstichproben (Patienten und Partner) statistisch zu beurteilen.

Bei etwa 72% der Patienten gibt es depressive Erkrankungen in der Herkunftsfamilie, zu meist waren Vater oder Mutter betroffen, bei den untersuchten Partnern sind etwa 28% betroffen. Auch haben nur die wenigsten Partner den anderen schon mit dieser Erkrankung kennen gelernt. Für die Patienten sind die Partner die ersten Ansprechpartner, bei den Partnern ist das nicht so. Etwa ein Drittel der Partner kann keinen Menschen benennen, sie würden auch nicht mit Arbeitskollegen oder Freunden darüber reden. Interessant ist zudem, dass bei Patienten und Partnern die Töchter als Ansprechpartner einen Anteil von 26% des Gesamtanteils einnehmen. In Interviews mit Töchtern (wurden aufgrund der kleinen Anzahl aus der Auswertung ausgeschlossen) stellte sich ein hohes Ausmaß an Verantwortungsübernahme und symbiotischer Beziehungsgestaltung dar, die Gefahr der eigenen depressiven Entwicklung war erkennbar. Die Partner fühlen sich wesentlich weniger bei der Krankheitsbewältigung aus ihrem Umfeld unterstützt als die Patienten. Weibliche Partner geben jedoch mehr Unterstützung aus ihrem Umfeld an als männliche, was daran liegen könnte, dass sie bewusster nach Informationen und Gesprächspartnern suchen sowie eher dadurch eine Entlastung erleben. Andererseits sind Patienten und Partner davon überzeugt, dass viele Menschen glauben, depressive Menschen seien faul und es sei allgemein viel zu wenig über Depressionen bekannt.

Vor allem weibliche Patienten und männliche Partner haben den Eindruck, die meisten Menschen würden glauben, an Depressionen seien die Betroffenen selbst schuld. Patienten geben an, sich wegen der Erkrankung schuldig zu fühlen, Partner kaum. Schuldgefühle sind ein Symptom der depressiven Erkrankung, sodass dieses Ergebnis nicht überrascht. Patienten empfinden ein größeres Ausmaß an Stigmatisierung als die Partner. Thompson Sanders, Noel & Campbell (2004) kommen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass die Stigmatisierung als stärker empfunden wird, je schwerer die Personen unter ihren Symptomen leiden oder je ausgeprägter diese sind. Es konnte aber auch gezeigt werden, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung oft stigmatisierende Gedanken internalisiert haben, gesellschaftliche Stereotypen antizipieren und eher bereit sind, diesen aufgrund des eigenen Selbstwertverlustes zuzustimmen (Corrigan, 2004). Allerdings geben beide Gruppen an, sich wegen der Erkrankung zu schämen. Bei weiblichen Patienten ist die Scham deutlich höher ausgeprägt als bei männlichen Patienten.

Das spricht dafür, auch in der Therapie und Beratung die Konzepte Schuld und Scham getrennt zu erfragen und zu bearbeiten. Die empfundene Hilflosigkeit wird von Patienten und Partnern höher eingeschätzt als die Hoffnungslosigkeit, sodass die Unterscheidung dieser Konzepte wichtig erscheint, da sie unterschiedliche Interventionen erfordern. Überraschend

ist der Befund, dass Patienten weniger befürchten, dass sich Menschen aufgrund der Erkrankung von ihnen zurückziehen könnten. Möglicherweise haben sie das schon bei früheren Krankheitsepisoden erlebt und den Bekanntenkreis danach ausgerichtet, zudem war das Streben nach Geselligkeit als überdauernde Motivationslage gering ausgeprägt.

Patienten und Partnern fällt es gleichermaßen schwer, dem Partner zu sagen, wie es ihnen geht oder Wünsche zu äußern, möglicherweise unterscheiden sich jedoch die Motive. Beide Gruppen glauben jedoch auch, dass der Partner wenig darüber weiß, wie es ihnen geht. Andererseits sprechen die Ergebnisse auch dafür, dass die Bewältigungsmöglichkeiten der Patienten eher unter-, die der Partner überschätzt werden. Mit den zehnstufigen Skalen ist es besser gelungen, den Grad des emotionalen Ausdrucks (beispielweise Ärger) zu erfassen als mit standardisierten Fragen. Die Patienten empfinden einen höheren Grad an Ärger als die Partner bezüglich der Erkrankung. Weibliche Patienten drücken einen stärkeren Ärger aus als männliche Patienten. Die weiblichen Patienten glauben, sie hätten sich mehr anstrengen müssen, um die Erkrankung zu verhindern, bei den Männern ist das nicht so. Diese ausgewählten Befunde sprechen dafür, nicht nur in der Behandlung der Patienten, sondern auch in der Beratung der Partner eine stärkere geschlechtsspezifische Betrachtungsweise einzunehmen. Vor allem die männlichen Partner geben viel mehr Schwierigkeiten in dem Umgang mit der Erkrankung an. Aufgrund der geschlechtsspezifischen Krankheitsverteilung ist jedoch davon auszugehen, dass Partner depressiv erkrankter Menschen überwiegend Männer sind.

Die offenen Beschreibungen der Ängste, Sorgen und Wünsche bestätigen den theoretischen Hintergrund dieser Erkrankung bei den Patienten und geben sehr gute Anhaltspunkte für die therapeutische Arbeit. Die Partner fühlen sich durch diese Art der Befragung wertgeschätzt und in ihren Bedürfnissen ernst genommen. Zudem lassen sich „maßgeschneiderte“ Interventionen und Unterstützungsmöglichkeiten ableiten und unrealistische Erwartungen frühzeitig erkennen.

Die Patienten sind durchschnittlich gut über Erkrankungshäufigkeit informiert, die Partner nicht. Die meisten Partner unterschätzen die Auftretenswahrscheinlichkeit deutlich. Die meisten Patienten und Partner nehmen an, dass die Erkrankung lebenslang besteht, möglicherweise tragen die lange Krankheitsdauer oder die mehrfach erlebten Krankheitsepisoden zu dieser Einschätzung bei.

Jedoch könnte diese Einschätzung dazu beitragen, dass nur unzureichende Maßnahmen für eine Rückfallprophylaxe ergriffen werden. Interessant sind die Ergebnisse der *wahrgenommenen* Information zu verschiedenen Bereichen der Behandlung. Es wird davon ausgegangen, dass die Patienten in psychoedukativen Gruppen geschult sind und auch ambulante Psychotherapie erhalten oder erhalten haben. Erwartet wird, dass sie sich sehr gut, die Part-

ner etwas weniger gut informiert fühlen oder diese Informationen über Bücher, Internet, Angehörigengruppen oder Arzt- und Therapeutengespräche erworben haben. Nur die Hälfte der Patienten fühlen sich gut hinsichtlich der Diagnose informiert, die meisten Partner wenig.

Die meisten Patienten (etwa 60%) fühlen sich zudem unzureichend über die Krankheitsursachen und den Krankheitsverlauf informiert, bei den Partnern fühlen sich nur etwa 9% gut informiert. Dieses Verhältnis besteht auch bei den Behandlungs- und Nachbehandlungsmöglichkeiten. Patienten fühlen sich zwar besser informiert als die Partner, jedoch geben nur etwa ein Drittel der Patienten an, gut informiert zu sein, bei den Partnern sind es etwa 10%. Eine besondere Bedeutung für die Partner sollten die Informations- und Angehörigengruppen darstellen. Bei den Patienten geben etwa 46%, bei den Partnern sogar 61% an, sich gar nicht über diese Möglichkeit informiert zu fühlen. Bei der Krankheitsbewältigung fühlen sich die meisten Patienten und Partner nicht oder wenig informiert. Hinsichtlich des Behandlungszieles fühlen sich etwa die Hälfte der Patienten und Partner gut informiert. Insgesamt bleibt die Einschätzung des Grades an Informationen bei beiden Gruppen weit hinter den Erwartungen zurück, zumal gerade für die Patienten psychoedukative und interpersonelle Gruppen regulär angeboten werden. Möglicherweise zeigen sich hier deutliche Unterschiede zwischen den gegebenen und tatsächlich wahrgenommenen und verarbeiteten Informationen.

Am hilfreichsten zur Krankheitsbewältigung werden von Patienten und Partnern die Arztgespräche und Medikamente eingeschätzt. Die Geschlechter unterscheiden sich in dieser Beurteilung nicht voneinander. Gespräche mit Familienangehörigen werden von den Patienten etwas positiver bewertet als von den Partnern. Möglicherweise liegt das an der Geschlechterverteilung innerhalb der Teilstichproben. Nur etwa 20% der Patienten und Partner halten Bücher für eine hilfreiche Unterstützung, während das Internet von den Partnern hilfreicher als von den Patienten beurteilt wird. Etwa 50% der Patienten und Partner halten Gespräche mit Psychologen für hilfreich. Die Psychotherapie wird von etwa einem Drittel der Patienten und Partner als hilfreich bewertet. Allerdings geben 26% der Partner an, sich damit nicht auszukennen.

Patienten und Partner haben Schwierigkeiten, Unterschiede zwischen Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern zu erkennen und können nur selten Therapierichtungen oder deren Unterschiede benennen, auch wenn sie selbst oder der Angehörige schon Psychotherapie in Anspruch genommen haben.

Etwa 50% der Patienten und Partner halten die Gruppentherapie, vor allem die psychoedukativen Gruppen, für hilfreich, ebenso viel Ruhe und Bewegung. Die Ergotherapie wird von den Patienten sehr positiv und hilfreich bewertet, ein Drittel der Partner gibt an, Ergotherapie

gar nicht zu kennen. Krankenhausseelsorge und Pfarrer sowie Selbsthilfegruppen werden von den meisten Teilnehmern als nicht hilfreich bewertet.

Männliche Patienten unterscheiden sich in der Einschätzung hilfreicher Maßnahmen signifikant von den weiblichen. Sie beurteilen Entspannungsverfahren, Gespräche mit Familienangehörigen und Mitpatienten, Bücher, Psychotherapie und Medikamente positiver als Patientinnen. Patientinnen schätzen die Ergotherapie viel hilfreicher ein als Patienten. In der Partnerstichprobe ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die Beachtung finden sollten. Partnerinnen schätzen Bücher etwas und Psychotherapie viel hilfreicher ein als Partner. Partner beurteilen Medikamente viel positiver als Partnerinnen. Einschränkend ist jedoch, dass 35% der männlichen Partner nicht wissen, was Psychotherapie bedeutet, 38% kennen den Begriff „Ergotherapie“ nicht. Die hohe Bedeutsamkeit der Arztgespräche und medikamentösen Behandlung ist über alle Gruppen hinweg gleich ausgeprägt. Die Erwartungen einer hohen Akzeptanz und Nutzung der Medien (Bücher, Internet) haben sich nicht erfüllt. Bücher und Informationsmaterial werden von einigen Teilnehmern im Verlauf als „zu unverständlich“ oder „kompliziert“ empfunden. Die Patienten unterscheiden sich nicht signifikant von den Partnern in ihrer Einschätzung der Übereinstimmung mit ihnen in den Therapiemaßnahmen. Beide Gruppen schätzen ihre Übereinstimmung als mittelmäßig ein.

Bei der Ursache der Depression schätzen zuerst fast 74% der Partner den Patienten selbst als Hauptursache ein, bei den Patienten sind es 61%, die Restkategorie bilden äußere Umstände. Spontan wählte kein Teilnehmer eine schicksalhafte Erklärung. Als zweites werden äußere Umstände und geringfügig schicksalhafte Ereignisse benannt. Tendenziell sehen männliche Patienten die Ursache stärker bei sich selbst als weibliche, männliche Partner weniger in der Person der Patientin als weibliche Partner. Eine mögliche Erklärung wäre hier das höhere Streben der männlichen Patienten nach eigener Kontrolle über sich und die Situation, bei den Partnern könnte das Bedürfnis nach Schutz der Partnerin bedeutsam sein.

In der Zweitnennung wird von etwa einem Viertel aller Teilnehmer eine „schicksalhafte“ Entstehung für möglich gehalten, was als Bestätigung dafür gesehen werden kann, wie wichtig und vielschichtig die Suche nach möglichen Gründen bei allen Beteiligten verläuft. Bei 52,9% der weiblichen Patienten und 47,1% der männlichen Partner hat sich die Sicht auf die Ursachen im Verlauf verändert, bei 25,0% der männlichen und 33,3% der weiblichen Partner auch. Es lässt sich vermuten, dass sich eine veränderte Sicht auch auf die Sicht des Partners auswirkt. Die Veränderungen werden sehr unterschiedlich benannt, sodass es hilfreich wäre, die Patienten in zeitlichen Abständen dazu zu befragen. An dem Vergleich der Einschätzung der Betroffenen mit der Einschätzung der Partner lassen sich Fehlwahrnehmungen oder Fehleinschätzungen gut ablesen und nutzbar machen. Die Frage nach den Veränderungen der Sicht auf die Ursachen über die Zeit lassen Rückschlüsse auf aktuelle

Belastungen und die aktuelle Krankheitsbewältigung zu. Vor allem männliche Partner benannten auch Veränderungen von einer Sicht „äußerer Umstände“ hin zu der Sichtweise, die „Patientin hat selbst schuld“, während vor allem weibliche Partner ihre Sicht von dem Betroffenen weg zu einer Sicht auf äußere Umstände (Erziehung, Vererbung, Stress) entwickelten. 58,7% der Patienten und 82,6% der Partner geben an, mit dem Behandler nicht über ihre Sicht auf die Ursachen gesprochen zu haben. Männliche Patienten und Partner sind zu über 90,0% davon überzeugt, dass andere Menschen in ihnen selbst die Ursache der Probleme sehen, die Frauen halten auch andere Sichtweisen der Menschen durchaus für möglich.

Die Befragung mit dem Patiententheorienfragebogen ist für depressive Patienten und Partner gut geeignet, um Übereinstimmungen und Unterschiede in den Annahmen abzubilden. Dabei zeigt sich, dass die Patienten hohe Ausprägungen in den Bereichen zeigen, die sich dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell annähern.

Bei den weiblichen Patienten ist diese Sicht ausgeprägter als bei den männlichen Patienten. Männliche Patienten attribuieren eher Umgebungsfaktoren, weibliche Patienten machen innerpsychische und soziale Prozesse stärker verantwortlich, was den theoretischen Annahmen und den bisherigen Befunden entspricht (Weinmann et al., 2001). Bei den Partnern zeigt sich keine Ausprägung eines multifaktoriellen Krankheitskonzeptes, worin sich die geringere Information und Aufklärung widerspiegeln können. Männliche Partner unterscheiden sich signifikant in ihrer ausgeprägten naturalistischen Sichtweise (äußere Umstände, körperliche Verfassung) von den weiblichen Partnern, zudem scheinen sich mehr mit der Suche nach erklärbaren Ursachen zu beschäftigen.

Patienten und Partner glauben überwiegend an *einen* Auslöser der Erkrankung. Vor allem weibliche Patienten favorisieren einen Auslöser, männliche Patienten weniger. Bei den Partnern ergeben sich keine Unterschiede. Bei den konkreteren Aussagen kommt die Vielschichtigkeit der möglichen Auslöser zum Tragen, die wiederum eine spezifische Therapieplanung und den Umgang der Angehörigen ermöglichen können. Zwar werden am häufigsten Überlastung, Probleme am Arbeitsplatz („Mobbing“) oder Arbeitslosigkeit genannt, aber auch andere gesellschaftliche und persönliche Veränderungen scheinen bedeutsam zu sein. Für eine genauere Bezeichnung der Depression und der „verborgenen Konflikte“ bieten die ursprünglichen Depressionsbegriffe durchaus eine Orientierung.

In dieser Befragung wird auch deutlich, dass Trauer und „Trauerdepression“ nicht nur durch reale Ereignisse, sondern auch durch nicht erfüllte Ereignisse, im Sinne von „Nichtereignissen“ ausgelöst werden kann.

Patienten und Partner sind gut in der Lage, für sie hilfreiche und auch nicht hilfreiche Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung zu benennen, wobei sich Partner eher nach außen (Ablenkung mit Arbeit, alles organisieren), Patienten eher nach innen (Natur, Garten) zu orientie-

ren scheinen. Die nicht hilfreichen Strategien geben sehr gute Anhaltspunkte, um die Compliance bei Patienten, aber auch bei den Partnern zu erhöhen und die Versorgung zu verbessern. Beide Untersuchungsgruppen empfanden es sehr positiv, auch danach befragt zu werden und sich dazu äußern zu können. Das Spektrum ist hier erwartungsgemäß sehr vielfältig. Sehr oft werden als nicht hilfreiche Strategien „Alkohol“, aber auch „nicht angeleitete Selbsthilfegruppen“, „Paartherapie“ oder „Ratschläge“ benannt.

Der Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung erfasst die hilfreichen Strategien *nach* dem Krankheitseintritt, allerdings können keine Aussagen darüber gemacht werden, welchen genauen Zeitpunkt die Befragten beschreiben. Die hilfreichsten Strategien sehen Patienten und Partner in der Ablenkung, dem Vertrauen in die Ärzte und dem Befolgen des ärztlichen Rates. Die Strategie der Informationssuche über die Erkrankung wird von 13% der Patienten benannt, bei den Partnern ist es nur ein Teilnehmer. Die Partner wählen auch die Strategie, sich selbst Mut zu machen, für die Patienten ist das nicht denkbar. Patienten und Partner wählen beide in hohem Maße die Strategie, Abstand zu gewinnen. Patienten geben zudem an, Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen, die Partner tun das nicht. Von beiden Gruppen werden kaum aktive Anstrengungen zur Lösung, Gefühle nach außen zeigen, sich auf frühere Schicksalsschläge besinnen oder eine Sinnsuche angegeben. Möglicherweise haben Ablenkung und Verantwortungsübergabe an die Ärzte für beide Gruppen eine entlastende Funktion. Das hohe Ausmaß an Vertrauen in die Ärzte und Behandler könnte die Entwicklung weiterer Strategien bei beiden Gruppen, vor allem bei den Partnern, befördern.

Der Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung bildet einen Status der Personen ab, es zeigt aber auch Probleme bei der Beschäftigung mit dem Thema „Depression“ und der psychischen Verarbeitung an. Aus der Untersuchung und den sich ergebenden Fragen der Teilnehmer kann geschlossen werden, dass sich dieses Instrument vor allem auf der Itemebene für die Ressourcenaktivierung nutzen lässt.

Es ist nicht überraschend, dass die Patienten, vor allem weibliche Patienten, ein höheres Ausmaß an depressiver Verarbeitung zeigen. Dieser Befund spricht eher für die Validität und Trennschärfe des Instrumentes und der Items zwischen den Gruppen. Es bestätigt sich in dieser Untersuchung, dass Patienten eher Hilfe anderer in Anspruch nehmen als Partner, hier empfinden es männliche Partner als besonders problematisch, selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen. Da der größte Teil der Partner Männer sind, kann das ein Hinweis darauf sein, den Zugang zu Unterstützungsangeboten anders gestalten zu müssen. Männliche Patienten unternehmen mehr aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme und machen eher einen Plan als weibliche Patienten, die eher zu Beruhigungsmitteln oder Selbstmitleid als Strategien greifen. Männliche Patienten und weibliche Partner versuchen eher, einen Sinn in der Erkrankung zu sehen. Weiblichen Partnern fällt es etwas leichter, sich Hilfe zu suchen als männlichen, obwohl diese Strategie bei beiden Geschlechtern wenig ausgeprägt ist. Männli-

che Partner suchen eher Entlastung in Ablenkung, Verleugnung der Tragweite und Abstand zu den Ereignissen.

Die Annahmen zur Kontrollierbarkeit der Erkrankung lassen sich mit dem Fragebogen zur Einstellung zu Krankheit und Gesundheit bestätigen. Patienten schätzen neben ihrer eigenen Verantwortung die schicksalhafte Beteiligung höher ein als die Partner. Partner glauben in stärkerem Maße, sie könnten sich selbst in einer solchen Situation besser helfen. Bei der freien Befragung wurde deutlich, dass nur die Partner, die selbst erkrankten oder erkrankt waren, diese Meinung veränderten. Bei den Patienten glauben Männer mehr als Frauen, sie hätten es sich selbst zuzuschreiben, wenn sie sich nicht wohl fühlen und sie hätten nicht genug auf sich aufgepasst. Der Zufall und Pech als Einflussfaktoren werden von männlichen Patienten viel stärker abgelehnt als von weiblichen Patienten. Männliche Patienten weisen eine viel höhere Selbstwirksamkeitserwartung und Internalität auf als weibliche Patienten. Möglicherweise verbinden Männer damit ein höheres Maß an Kontrollierbarkeit und Veränderbarkeit der Situation. Weibliche Patienten weisen erwartungsgemäß eine höhere zufalls- und schicksalsabhängige Gesundheitsüberzeugung auf. Überraschend ist, dass die weiblichen Partner eine ähnliche Einstellung wie die männlichen Patienten aufweisen. Beide Geschlechtergruppen glauben, dass Beschwerden auftreten, wenn sie nicht genügend auf sich aufpassen.

Männliche Partner zeigen höhere Werte in dem Glauben, dass Krankheit eher zu-falls- und schicksalsabhängig sowie von Ärzten und anderen Personen kontrollierbar ist als weibliche Partner. Die Einschätzungen von persönlichen Bewertungen auf zehnstufigen Skalen haben sich bewährt, gerade bei der Darstellung „sensibler“ emotionaler Bereiche. Die individuellen Bewertungen der Patienten und Partner eignen sich gut zu einer Einschätzung der Übereinstimmungen und könnten in gemeinsamen Gesprächen als Diskussions- und Informationsgrundlage genutzt werden.

Durchschnittlich sehen Patienten ihre eigene Verantwortlichkeit („Schuld“) an der Erkrankung mittelmäßig hoch, jedoch höher als die Partner sie einschätzen. Die Patienten machen auch durchschnittlich ihre Partner weniger verantwortlich für die Krankheitsentstehung als die Partner die Patienten. Die Einstellung des Partners zu den Therapiemaßnahmen ist für beide Gruppen sehr bedeutsam, tendenziell für die Partner noch bedeutsamer als für die Patienten. Die Patienten unterscheiden sich in dieser Einstellung nicht, den weiblichen Partnern ist die Einstellung noch wichtiger als den männlichen. Die momentanen Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung werden von den Patienten durchschnittlich höher eingeschätzt als von den Partnern, wobei beachtet werden muss, dass sich die Extremwerte ausmitteln, eine individuelle Betrachtung erscheint daher in der Praxis aussagekräftiger. Die männlichen Patienten schätzen die Bemühungen der Partnerin höher ein als weibliche Patienten, männliche Partner schätzen die Bemühungen der Patienten geringer ein als die weib-

lichen. Das könnte wiederum mit den Annahmen der eigenen Einflussmöglichkeiten verbunden sein und auf spezifische Schwierigkeiten der Einbeziehung männlicher Partner hinweisen.

Die Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung werden von beiden Untersuchungsgruppen als sehr gering bis mittelmäßig eingeschätzt. Die männlichen Patienten schätzen ihre eigenen Möglichkeiten als größer ein als die weiblichen Patienten, bei den Partnern sind diese Unterschiede statistisch nicht bedeutsam. Dieser Befund überrascht, da die meisten Patienten schon mehr als einmal erkrankt sind und eine Entwicklung von Strategien zur Krankheitsbewältigung schon erwartet wird. Möglicherweise tragen aber genau die Mehrfacherkrankung und die Krankheitsdauer zu diesen Einschätzungen bei. Patienten empfinden ein größeres Ausmaß an Ärger aufgrund der Erkrankung als die Partner. Weibliche Patienten geben mehr Ärger an als männliche Patienten, während sich männliche Partner tendenziell mehr darüber ärgern als weibliche Partner.

Es bestätigt sich, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der Übereinstimmung in den Therapiemaßnahmen, dem Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung und einer geringen „Schuldzuweisung“ an den Partner besteht.

Möglicherweise findet unter diesen Bedingungen eine Umdefinition als „gemeinsames Ziel“ statt. Zwischen der Einschätzung des Beitrags der Partnerschaft und den wahrgenommenen Bemühungen des Partners bei der Krankheitsbewältigung können starke Zusammenhänge nachgewiesen werden.

Dazu wäre es sicher hilfreich, die Bemühungen der Patienten in der Therapie sowie der Partner in ihrem Alltag transparenter zu gestalten. Die Einschätzung des eigenen Anteils bei der Krankheitsentstehung zeigt allgemein keinen Einfluss.

Die wahrgenommenen Bemühungen des Partners haben für beide Gruppen einen großen Einfluss auf den Beitrag der Partnerschaft, die Höhe des wahrgenommenen Ärgers und die Entwicklung der Übereinstimmung in den Therapiemaßnahmen. Die Bemühungen des Partners und der Anteil des Partners an der Krankheitsentstehung stehen in einem engen positiven Zusammenhang. Vor allem bei den Partnern korreliert der Ärger aufgrund der Erkrankung negativ mit dem Beitrag der Partnerschaft zur Krankheitsbewältigung.

Partner, die ihre Beziehung aktuell als glücklich einschätzen, ziehen eher äußere Faktoren bei der Krankheitsentstehung in Betracht, die Patienten attribuieren unabhängig von der Partnerschaftszufriedenheit eher auf sich selbst als Hauptursache. Bei den Partnern zeigt sich, dass die Partnerschaftszufriedenheit in einem engen Zusammenhang mit dem attribuierten Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung steht. Je geringer der eigene Anteil des Patienten wahrgenommen wird, desto größer sind die Bemühungen des Partners. Die



wahrgenommenen Bemühungen des Patienten fördern die partnerschaftliche Unterstützung. Die Einschätzung der momentanen Krankheitsbewältigung scheint bei den Patienten nicht so sehr von der Partnerschaftszufriedenheit beeinflusst zu sein. Die Partnerschaftszufriedenheit steht bei den Patienten in engem Zusammenhang mit der Übereinstimmung in den Therapiemaßnahmen und der wahrgenommenen Unterstützung durch den Partner. Diese Ergebnisse werden durch die Befunde unterstützt, nach denen zufriedene Paare ein höheres Maß an Kommunikation, Wertschätzung und ein geringeres Streitverhalten aufweisen. Die Copingstile der Patienten (depressiv, aktiv, bagatellisierend) weisen nur geringe Zusammenhänge mit dem wahrgenommenen partnerschaftlichen Unterstützungsverhalten und der momentanen Krankheitsbewältigung auf. Die Einschätzung des eigenen Anteils bei der Entstehung existiert unabhängig von diesen Betrachtungen.

Die Korrelationen der Copingstrategien untereinander (beispielsweise „depressive Verarbeitung“ mit „Bagatellisierung und Wunschdenken“) bestätigen das theoretische Modell der Depression und sprechen für eine valide Messung.

Bei den Partnern besteht ein Zusammenhang zwischen einer „depressiven Verarbeitung“ und dem empfundenen eigenen Anteil an der Krankheitsentstehung sowie mit „Bagatellisierung und Wunschdenken“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“. Das „aktive problembezogene Coping“ der Partner scheint kaum einen Einfluss auf die momentane Krankheitsbewältigung zu haben, allerdings mit den Bemühungen des Partners und einer geringen Ausprägung des Ärgers. Die Copingstrategie „Bagatellisierung und Wunschdenken“ steht in einem negativen Zusammenhang mit der momentanen Krankheitsbewältigung und weist eine Korrelation zum empfundenen Ärger auf.

Bei allen Befragten zeigt sich, dass eine gute Übereinstimmung bei der Krankheitsbewältigung mit einem geringen Ärger über das Verhalten des Partners, einem geringen vermuteten Anteil des Partners bei der Krankheitsentstehung, wenig Scham über eine psychiatrische Erkrankung, der Fähigkeit darüber zu sprechen und Wünsche zu äußern zusammen hängt. Die momentane Krankheitsbewältigung korreliert mit der sozialen Einbindung („Menschen, mit denen ich darüber reden kann“), der Fähigkeit, Wünsche zu äußern und über Probleme sprechen zu können. Die partnerschaftliche Zufriedenheit zeigt enge Zusammenhänge mit der Übereinstimmung mit dem Partner, den wahrgenommenen Bemühungen des Partners und dem zugeschriebenen Anteil des Partners an der Entstehung.

Etwa die Hälfte der Patienten und Partner befinden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in einem „glücklichen“ partnerschaftlichen Bereich. Die Veränderungen vor und nach dem Eintritt der Erkrankung sind bei Patienten und Partnern signifikant. Insgesamt hat sich bei der größten Gruppe der Teilnehmer (36,9%) die Beziehung verschlechtert, zum Beispiel in der Kommunikation und Sexualität. Bei weiteren 33,7% habe sie sich verschlechtert und verbes-

sert, sei gleich geblieben (13,0%) oder habe sich sogar verbessert (16,3%), beispielsweise durch das Erleben von Zusammenhalt und Nähe. Es ist also nicht so, dass sich die Beziehungsqualität mit der Erkrankung zwangsläufig verschlechtert, bei den männlichen Patienten geben sogar 41,7% an, die Beziehung habe sich verbessert. Bei den männlichen Partnern geben 14,7% an, die Beziehung habe sich verbessert, bei den weiblichen Partnern gibt keiner eine Verbesserung an, jedoch empfinden auch viele Teilnehmer keine Veränderung der Beziehung. Bei den Patienten wechseln 34,8% nach dem Krankheitseintritt vom glücklichen in den unglücklichen Bereich, bei den Partnern sind es 45,7%. Theoriegeleitet wurde dieses Ergebnis nicht erwartet und zeigt die vielfältigen Möglichkeiten in der Beziehungsgestaltung und -konstellationen.

Die Übereinstimmung von Patienten und Partnern ist ebenfalls ein gutes Instrument zur Erfassung der Partnerschaftsqualität und beispielsweise der Entscheidung über den Einsatz von Einzel- oder Paargesprächen.

Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit vor und nach dem Krankheitseintritt bei den Patienten und Partnern, sodass man davon ausgehen kann, dass stabile Beziehungen vor der Erkrankung eine positive Auswirkung auf die weitere Beziehungszufriedenheit haben. Bei den Patienten hat die Partnerschaftsqualität (glücklich/unglücklich) keinen Einfluss auf die Empfindung von Ärger oder dem „eigenen Verschulden“ an der Erkrankung. Bei den Partnern gibt es dagegen einen negativen Zusammenhang zwischen der Partnerschaftsqualität und dem empfundenen Ärger. Insgesamt wirkt sich eine als „glücklich“ oder zufrieden beurteilte Beziehung bei Patienten und Partnern positiv auf die Bereiche aus, die für eine positive und hilfreiche Krankheitsverarbeitung bedeutsam sind. Partner, die ihre Beziehung als „unglücklich“ beschreiben, stellen auch mehr Forderungen an ihre Partner nach Verhaltensänderungen und beschreiben unter anderem ein höheres Maß an Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Scham wegen der Erkrankung sowie stärkere inter-personale Probleme. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass diese Probleme schon vor der Erkrankung bestanden oder sich oftmals durch die Erkrankung verschärft haben. Interessant ist, dass es bei „glücklichen“ und „unglücklichen“ Patienten und Partnern keine Unterschiede in der „depressiven Verarbeitung“ oder der Strategie „Ablenkung und Selbstaufbau“ gibt, allerdings weisen „glückliche“ Patienten und Partner ein wesentlich höheres Maß an „aktivem problembezogenen Coping“ auf.

„Unglückliche“ Patienten attribuieren bei den Krankheitstheorien viel stärker auf äußere Sachverhalte, „unglückliche“ Partner auf innere Sachverhalte und das Gesundheitsverhalten. Möglicherweise hat sich die Beziehung der Patienten durch den geringeren Selbstanteil verschlechtert, bei den Partnern durch die stärkere Sicht auf den Partner und damit verknüpfte Erwartungen.

Die Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit bilden keine Zusammenhänge mit der Partnerschaftszufriedenheit und erscheinen unabhängig von diesen Einflüssen.

Bei der Beschreibung der Familienrollen, der Bedeutung der Familie sowie der eigenen Fähigkeiten (auch in der Vergangenheit) hat sich die Methode der „Satzanfänge“ gut bewährt, um Suchprozesse anzuregen sowie Ressourcen und Probleme deutlich werden zu lassen. Hier ist es, je nach Fragestellung, sehr einfach und effektiv möglich, auch Patienten mit einer schweren depressiven Episode zu erreichen und Erinnerungen zu aktivieren. Zudem ist die Möglichkeit der Gegenüberstellung der Sichtweisen und Ressourcen der Partner und Patienten sehr interessant.

Partner und Patienten waren mit dieser Methode auch sehr gut in der Lage, den Partner einzuschätzen. Zudem lassen sich Hinweise auf mögliche Überlastungssituationen im Alltag der Partner und Patienten schnell erkennen. Der Vorteil des dynamischen Aspektes freier Antworten gegenüber der statischen Erfassung durch standardisierte Fragebögen ist für diese Fragestellungen deutlich geworden.

Die Erhebung von Annäherungs- und Vermeidungszielen kann bisher als sehr nutzbringend für therapeutische Interventionen eingeschätzt werden. Nach Grosse Holtforth & Grawe (2002) entstehen Annäherungsziele ontogenetisch aus den Grundbedürfnissen des Menschen, Vermeidungsziele aus der Verletzung dieser. Annäherungsziele sind positiv bewertete Ziele, die zu einer „Hinbewegung“ motivieren, Vermeidungsziele sind negativ bewertete Ziele, die eher zu einer „Wegbewegung“ führen. Motivationale Ziele sind mehr oder weniger dem Bewusstsein zugänglich, können subjektiv unterschiedlich wichtig oder schlimm sein oder auch zueinander im Konflikt stehen (S.20). Hier werden Annäherungs- und Vermeidungsziele zur Selbst- und Fremdeinschätzung genutzt sowie zur Gegenüberstellung der Sichtweisen von Patienten und Partnern. Die Patienten hatten keine Probleme, ihre Partner einzuschätzen. Bei den Patienten und Partnern sind die Annäherungsziele Streben nach Intimität und Bindung, nach Altruismus, nach Anerkennung und Bestätigung, nach Leistung, nach Kontrolle, nach Selbstvertrauen und vor allem nach Selbstbelohnung gleichermaßen stark ausgeprägt. Eine hohe Ausprägung des Strebens nach Hilfe findet sich nur bei den Patienten, bei den Partnern ist dieses Motiv geringer ausgeprägt. Als mittelmäßig wichtig werden von den Patienten und Partnern das Streben nach Autonomie, nach Bildung und Verstehen, nach Glauben und Sinn und nach Abwechslung eingeschätzt. Weniger wichtig schätzen beide Gruppen das Streben nach Geselligkeit, nach Status und nach Abwechslung ein. Die Vermeidungsziele Alleinsein und Trennung, Geringschätzung, Hilflosigkeit, Versagen, Vorwürfe und Kritik sowie Abhängigkeit und Autonomieverlust werden von Patienten und Partnern gleichermaßen als ziemlich schlimm eingeschätzt. Als mittelmäßig schlimm betrachten beide Gruppen Erniedrigung und Blamage, Verletzungen und Spannungen sowie Schwäche und Kontrollverlust. Bei den Partnern sind die Annäherungs- und Vermeidungs-

ziele gleich verteilt, bei den Patienten überwiegen die Vermeidungsziele, was den bisherigen empirischen Befunden entspricht. Sehr hilfreich für die Entwicklung von geeigneten Interventionen und die Erhöhung der Compliance ist die Betrachtung der geschlechtsspezifischen Unterschiede innerhalb der Patienten- und Partnerstichprobe. Innerhalb der Patientenstichprobe zeigen sich deutliche Unterschiede in den Annäherungszielen zwischen männlichen und weiblichen Patienten.

Bei den Vermeidungszielen konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Beispielsweise sind das Streben nach Bindung und Intimität, Sexualität, Autonomie und Glauben und Sinn bei den männlichen Patienten stärker ausgeprägt, das Streben nach Hilfe findet sich verstärkt bei weiblichen Patienten. Männliche Partner weisen eine stärkere Ausprägung in den Annäherungszielen auf als weibliche Partner, beispielsweise in dem Streben nach Anerkennung und Bestätigung, nach Status, nach Leistung und nach Kontrolle. Sie vermeiden zudem viel stärker Schwäche und Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Versagen als weibliche Partner. Männliche Partner schätzen Sexualität, Achtung und Respekt wesentlich höher ein und empfinden es als viel schlimmer, zu wenig Liebe und Zuwendung zu erhalten als weibliche Partner. Interessant ist zudem auch, dass es den Patienten signifikant wichtiger ist, Leistung zu erbringen und Anerkennung zu erhalten als den Partnern. Die Selbst- und Fremdeinschätzungen von Patienten und Partnern stimmen – entgegen der Erwartung – gut überein. Es zeigt sich, dass diese Methode gut geeignet ist, sich gegenseitig einzuschätzen, sich und während der Erkrankung anders „kennen zu lernen“, gegenseitige Bedürfnisse zu klären und Vorurteile und Bewertungen zu verändern. Schon während der Untersuchung waren Patienten und Partner sehr überrascht von dieser Fragestellung und sehr interessiert an den Ergebnissen. Viele Teilnehmer berichteten in der Nachbesprechung, dass sie sich darüber mit dem Partner ausgetauscht hätten. Bei der Dichotomisierung der Patienten und Partner in „glücklich“ und „unglücklich“ zeigen sich bei den Patienten keine signifikanten Unterschiede in den Annäherungs- und Vermeidungszielen, diese erscheinen unabhängig von der Partnerschaftszufriedenheit sehr stabil. „Glückliche“ Partner hingegen streben deutlich mehr nach Altruismus, Hilfe, Glauben und Sinn und vermeiden viel stärker Alleinsein und Trennung. „Unglückliche“ Partner streben viel stärker nach Geselligkeit, Status, Autonomie und vermeiden Abhängigkeit. Möglicherweise werden diese motivationalen Schemata durch die depressive Erkrankung des Partners verletzt und führen zu Spannungen und zu weiteren Belastungen der Beziehung.

Die Erfassung der interpersonalen Probleme der Patienten und Partner spiegelt bei den Patienten allgemein die Problematik der depressiven Erkrankung wider. Patienten und Partner geben auch gleichermaßen an, dass es ihnen schwer fällt, sich mit jemandem zu streiten, allein zu sein, sich zu öffnen und Gefühle mitzuteilen. Weibliche Patienten zeigen allgemein eine etwas höhere Ausprägung in den Problemen als männliche Patienten. Weibliche Part-

ner zeigen eine ähnliche interpersonale Struktur wie weibliche Patienten und unterscheiden sich darin von den männlichen Partnern.

Den männlichen Partnern fällt es dafür beispielsweise schwer, Gefühle zu zeigen, sich zu öffnen, Gefühle mitzuteilen oder allein zu sein. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede könnten dazu beitragen, dass es besonders männlichen Partnern schwer fällt, Zugang zu Unterstützungssystemen zu nutzen und zu bekommen.

Die Fragen, woraus Patienten und Partner Kraft schöpfen und über welche Fähigkeiten sie trotz der Erkrankung verfügen, haben sich als sehr anregende und aufschlussreiche Fragestellungen bewährt. Auch schwer depressiv erkrankte Patienten und entmutigt wirkende Partner waren gut in der Lage, kleine Dinge zu benennen, waren überrascht und positiv eingestellt. Die Antworten waren sehr vielschichtig und aufschlussreich. Neben Tätigkeiten und Beobachtungen, die einen Bezug zur Natur haben, der Arbeit und den Kindern sowie sportlichen Aktivitäten wurde auch die gemeinsame Teilnahme an dieser Untersuchung als Kraftquelle benannt.

Bei den Patienten werden vor allem Hilfsbereitschaft und Organisationstalent als Fähigkeiten benannt, bei den Partnern finden sich vor allem die Fähigkeit zum Organisieren und Durchhaltevermögen. Forderungen werden von den Partnern signifikant hilfreicher eingeschätzt als von den Patienten, die das überwiegend ablehnen.

Die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten oder Psychotherapie entspricht nicht den Erwartungen. Während bei den Patienten schon mehr als die Hälfte eine Beratungsleistung in Anspruch genommen haben, hatten 80,4% der Partner noch nie Kontakt, wobei keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen. 54,3% der Patienten und 33,3% der Partner geben an, bereits eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben. Männliche Patienten schätzen Psychotherapie als hilfreicher ein als weibliche. Möglicherweise empfinden sie die Zuwendung als sehr angenehm und profitieren von den Informationen, die ihr starkes Bedürfnis nach Ursachenklärung erfüllt. Bei den Partnern schätzen Frauen eine Psychotherapie hilfreicher ein als Männer. Das könnte der größeren Schwierigkeit der männlichen Partner, Hilfe anzunehmen, Rechnung tragen. Weibliche Patienten schätzen zu über 50% die Psychotherapie als nicht oder kaum hilfreich ein. Erklärungen könnten Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung oder die eingeschränkte Besserungserwartung aufgrund einer Wiedererkrankung sein. Nur 6,5% der Patienten wissen nicht, was eine Psychotherapie ist, bei den Partnern betrifft das 26,1%, die ausschließlich auf männliche Partner entfallen. Zudem geben 16,7% der männlichen und 20,6% der weiblichen Patienten an, sich mit Psychotherapie nicht „auszukennen“. Bei den männlichen Partnern sind es 65,5%, bei den weiblichen Partnern 16,7%. Die Unsicherheiten hinsichtlich der Psychotherapie sowie die Kritik

sind sehr vielfältig. Patienten und Partner sind zudem gut in der Lage, selbst zu reflektieren, welches Verhalten die Partner zeigen und welches sie zur Hilfeleistung veranlasst.

Bei den kurzfristigen Therapiezielen stehen bei den weiblichen Patienten die Reduzierung der Symptomatik, bei den männlichen Patienten die Alltags- und Problembewältigung im Vordergrund. Die richtigen Medikamente zu finden ist für beide Patientengruppen hoch bedeutsam. Für männliche Partner stehen die richtige Medikation, für weibliche Partner eher die Alltags- und Problembewältigung im Focus kurzfristiger Therapieziele. Bei der Nennung der langfristigen Therapieziele ist für männliche Patienten der bessere Umgang mit der Erkrankung und „so werden wie früher“ hoch bedeutsam, für weibliche Patienten stehen Selbstvertrauen und –akzeptanz im Vordergrund. Die männlichen Partner glauben überwiegend, dass ein besseres Selbstvertrauen und eine Verbesserung der Selbstständigkeit langfristige Therapieziele sein sollten, für weibliche Partner sind die Rückfallvermeidung und „die Krankheit besiegen“ besonders wichtig. Die Fragen nach bisherigen hilfreichen und weniger hilfreichen Bewältigungsversuchen werden wieder sehr individuell beantwortet und können als „verborgene Ressourcen“ gut genutzt werden. 45,7% der Patienten glauben zudem, ihr Partner brauche viel mehr Informationen und auch Interesse an der Erkrankung. Die Partner glauben zumeist, die Patienten brauchen die „richtigen“ Medikamente und eine „gute Therapie“. Einerseits kann das bedeuten, dass sich die Einstellung zur Verabreichung von Psychopharmaka positiv entwickelt hat, es kann zudem auch bedeuten, dass sich die Partner nicht ausreichend bewusst sind, welche große Bedeutung sie für die gemeinsame Krankheitsbewältigung haben, welchen Belastungen auch sie selbst ausgesetzt sind und welchen Unterstützungsbedarf sie selbst haben. Durch die Anwendung eines gemischten explorativen Designs wurde versucht, Vor- und Nachteile qualitativen und quantitativer Befragungen abzuwägen und auszugleichen (siehe Gütekriterien). Aufgrund der angestrebten Praxisnähe und der Nutzung realistischer Verhältnisse in der psychiatrischen Versorgung ergaben sich bei den Geschlechtergruppen sehr unausgewogene Verhältnisse, denen mit robusten statistischen Verfahren begegnet wurde, die jedoch auch die Gefahr der Unterschätzung von Zusammenhängen in sich tragen. Die Validität der quantitativ gewonnenen Ergebnisse scheint gegeben, da sie sich in vielen Bereichen in gut untersuchte Vorannahmen und theoretische Konstrukte einbetten. Die Rekrutierung von Patienten und ihren Partnern in ihrem Behandlungsumfeld macht auch deutlich, dass eine beträchtliche Anzahl an Patienten-, Partner- und Umgebungsfaktoren sowie situativen Komponenten vorliegen, die nicht vollständig erfasst oder kontrolliert werden können. Den Signifikanzprüfungen liegt jedoch eine Inferenzstatistik zugrunde, die sich auf eine hypothetische Menge gleicher Merkmals-träger bezieht, sodass geringe Unterschiede in den Einzelergebnissen sehr vorsichtig interpretiert und qualitative Aussagen berücksichtigt wurden.

## VIII REHABILITATIVE ABLEITUNGEN

Es konnte gezeigt werden, dass depressive Patienten, aber auch die Partner in gleichem Maße Krankheitskonzepte entwickeln und daraus ihr Verhalten und ihre Krankheitsbewältigung, aber auch ihre gegenseitigen Erwartungen ableiten.

„Fehlerhafte“ Wissensrepräsentationen und Attributionen haben Konsequenzen für den Umgang mit der Erkrankung, für die Partnerschaft und die Erwartungen an die Behandlung. Besonders gravierend erscheinen diese bei den Partnern zu sein, die sich als kaum informiert und auch viel weniger in ihrem Umfeld unterstützt fühlen als die Patienten. Dabei ergeben sich zudem große Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Angehörigen. Davon ausgehend, dass sich mehr Frauen mit einer depressiven Erkrankung in den Behandlungssystemen befinden, kann geschlussfolgert werden, dass die Partner in sehr starkem Maße Männer sind. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass es Männern schwerer fällt als Frauen, Hilfe zu suchen oder anzunehmen. Der Zugang der Partner, vor allem der männlichen, zu den Hilfs- und Beratungsangeboten müsste demzufolge entlastender gestaltet und dem Motiv nach Wissen um die Ursachen stärker Rechnung tragen. Auch bei den Patienten sollte eine noch stärkere Aufklärung im Sinne des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodelles als bisher erfolgen. Möglicherweise muss das sehr oft wiederholt werden, um einer monokausalen Sichtweise entgegen zu wirken und die Besserungserwartung zu erhöhen. Für die Partner wäre das bedeutsam, um eine „Entschuldung“ plausibel zu gestalten und insgesamt die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Unterstützung zu senken.

Die Annahme sehr einfacher Verursachungsprinzipien oder –zuschreibungen scheint im Sinne der Attributionstheorien gerade bei einer so komplexen Erkrankung wie der Depression sehr stark verankert, sodass mehr Zeit auf das Entdecken der Entstehungsbedingungen verwendet werden sollte, da vielfältige Annahmen auch mehr Einflussmöglichkeiten implizieren. Auch für die Behandler erscheint es hilfreich, sich mit den eigenen Krankheitskonzepten und –vorstellungen auseinander zu setzen, zumal auch die wissenschaftlichen Krankheitsmodelle einem stetigen Wandel unterliegen beziehungsweise sich die Gewichtung der Komponenten verschieben. Das Ziel sollte es sein, in jedem Fall bei Patienten und Partnern die „Krankheitsschuld“ zu minimieren, um konstruktive Behandlungsziele entwickeln und die vorhandenen Ressourcen nutzen zu können. Das in dieser Untersuchung deutlich gewordene sehr große „Arzt- und Medikamentenvertrauen“ bei Patienten und vor allem bei den Partnern sollte unbedingt genutzt werden, da sie in großem Maße das aktive problembezogene Coping unterstützen können.

Das Konzept der gelernten Hilflosigkeit ist für die Patienten mit einer depressiven Erkrankung ein wesentlicher Bestandteil der Krankheitskonzepte. Es lässt sich hier jedoch auch

nachweisen, dass es sich genauso für die Erklärung der Reaktionen der Partner eignet und vermittelt werden kann. Die Konzepte Hilf- und Hoffnungslosigkeit werden von Patienten und Partnern als unterschiedliche Zustände betrachtet. Gefühle der Hilflosigkeit sind deutlich stärker ausgeprägt, bei Patienten und Partnern mit einer sehr langen oder mehrfachen Krankheitsperiode verstärken sich die Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Resignation, die eine besondere Beachtung verdienen.

Vor allem bei den männlichen Partnern konnte beispielsweise ein sehr starkes Motiv nach Vermeidung von Hilflosigkeit nachgewiesen werden, das einen engen Zusammenhang zu spezifischen Copingstrategien, wie etwa Ablenkung und Nicht-Wahrhaben-Wollen, aufzeigt. Geschlechtsspezifische Unterschiede sollten in Behandlung und Beratung daher eine ganz besondere Beachtung und Berücksichtigung finden, um „Vermeidungsstrategien“ bei Partnern und auch Patienten nicht vorschnell als „Non-Compliance“ oder Desinteresse zu interpretieren.

Das Konzept der wahrgenommenen Verantwortlichkeit eignet sich sehr gut, um das damit verbundene Unterstützungsverhalten zu interpretieren. Es ist deutlich geworden, dass das Wahrnehmen von Bemühungen des Partners -unabhängig von dem Erfolg und der Partnerschaftsqualität- zu einer erhöhten Unterstützungsbereitschaft führt. Dieses Modell kann gut in die Psychoedukation eingeführt und zur Darstellung der Schwierigkeiten und Möglichkeiten der partnerschaftlichen Bewältigung genutzt werden. Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass es sinnvoll wäre, wenn die Patienten den Sinn der einzelnen Therapien und der Behandlung besser verstehen würden. Sie sind für die Partner dieser Stichprobe überwiegend die erste und leider oft auch die einzige Informationsquelle über die Diagnose und die Therapie.

Es sollten zudem auch Möglichkeiten gefunden werden, dass Partner ein besseres Verständnis von der Therapie entwickeln und diese als eine wichtige momentane Tätigkeit der Patienten bewerten können. Viele Partner haben die Befürchtung oder die Annahme, die Patienten würden sich nicht genug anstrengen und nicht genug an der Besserung arbeiten. Zudem sollte die Möglichkeit erneuter Krisen nicht ausgeblendet oder verschwiegen werden, sondern mit den Patienten und Partnern gemeinsam Möglichkeiten zur Rückfallprophylaxe und ein Notfallplan erarbeitet werden. Gerade die Patienten und Partner, die schon mehrfache Krankheitsperioden oder Suizidversuche erlebt haben, zweifeln an den Therapiemethoden und haben eine geringere Besserungserwartung.

In vielen Fällen betonen diese Partner, sie hätten nicht damit gerechnet, es nicht gewusst oder es „ausgeblendet“, dass die Erkrankung nochmals auftreten kann.

Einige Teilnehmer wünschen sich auch, von selbst betroffenen und jetzt stabil gesunden Patienten zu hören, wie sie mit der Erkrankung leben, wie sie diese bewältigt und erlebt ha-



ben. Es wäre auch sehr wünschenswert, wenn Angehörige den Patienten und Partnern über ihre Erfahrungen berichten könnten, wenn das im Sinne einer Erhöhung der Besserungserwartung und in Absprache mit den Behandlern erfolgt.

Männliche und weibliche Partner haben ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung für ihre Leistungen im Zusammenleben mit den Patienten, das in der Lebenswirklichkeit nicht ausreichend befriedigt wird. Hier findet sich ein guter Ansatzpunkt für die psychosoziale Unterstützung. Patienten und Partner fühlen sich trotz der gesellschaftlichen Bemühungen stark eingeschränkt in der Akzeptanz der depressiven Erkrankung in ihrer Umgebung, oft auch in den eigenen Familien oder Herkunftsfamilien. Möglicherweise tragen auch die eigene Wahrnehmung und das eigene Unverständnis zu der Angst bei, von anderen abgelehnt zu werden. Einige Partner geben auch an, dass sie kein Verständnis und keine Erklärung für die Erkrankung hatten bis sie selbst erkrankt waren oder sind. Sicherlich folgt auch daraus die Tendenz, selbst nicht gern mit Menschen darüber zu sprechen, die noch nie von einer psychischen Erkrankung betroffen waren.

Andererseits besteht auch wenig bis kein Wissen bei den Patienten und Partnern darüber, wie Betroffene anderer psychischer Erkrankungen, beispielsweise Schizophrenie, mit dieser Erkrankung und der Information darüber umgehen. Die Partner erhalten ihre Informationen überwiegend von den betroffenen Patienten, ihnen fehlen sehr oft „unabhängige“ Gesprächspartner und Menschen, die sich mit dieser Erkrankung auskennen. Hier wäre es hilfreich, dass die Behandler noch stärker Interesse zeigen, den Lebenspartner kennen zu lernen, um die individuelle Belastung, die Ressourcen der Beziehung und den Unterstützungsbedarf abzuschätzen. Zudem ist es sehr wesentlich für die Krankheitsbewältigung, welches Krankheitsmodell der Partner hat und welche Erwartungen er daraus entwickelt. Vor allem die männlichen Partner und männliche Patienten erwarten oft eine „Heilung“ und „dass alles so wird wie früher“. Diese Erwartungen entstehen oft, wenn die Schwere, Dauer und Auftretenshäufigkeit der Erkrankung unterschätzt werden und können dazu führen, dass unrealistische Wünsche und Behandlungsvorstellungen in die Beziehung getragen werden. Arztgespräche und Medikamente werden von Patienten und Partnern am hilfreichsten eingeschätzt.

Somit nimmt der Arzt eine sehr wichtige Schlüsselposition in der Vermittlung von Informationen oder der Bahnung verschiedener Therapien für beide Gruppen ein.

Erfreulicherweise scheint sich die Akzeptanz von Psychopharmaka, besonders von Antidepressiva, bei Patienten und bei den befragten Partnern verbessert zu haben. Bei den Partnern besteht hier jedoch eine größere Tendenz als bei den Patienten, durch die Gabe eines „richtigen“ Medikamentes eine „schnelle Lösung“ herbeiführen zu können und die eigenen Möglichkeiten bei der Krankheitsbewältigung zu unterschätzen oder „auszublenden“. Auffal-

lend waren auch häufige Befürchtungen der Partner, ihnen könne durch eine Einbeziehung in die Behandlung die „Schuld an der Erkrankung“ gegeben werden sowie der Patienten, ihre Partner könnten zusätzlich belastet werden. Hier ergeben sich nicht nur psychoedukative Ansätze, sondern auch viel größere Möglichkeiten, beratend und entlastend die Partner und Patienten zu stärken. Patienten und Partner haben im Nachhinein diese Befragung als sehr förderlich und gewinnbringend bewertet, auch wenn zuvor oft große Zweifel bestanden. Es sollte ein stärkeres Ziel sein, sich als Behandler einen genauen Einblick von der Lebenswirklichkeit, den bisherigen Krisen und Bewältigungsmöglichkeiten der Beziehung zu machen, um diese Ressourcen nutzen zu können.

Der Leitfaden für das Interview kann für Patienten und Partner gleichermaßen genutzt werden und auch schriftlich bearbeitet werden, falls ein persönlicher Kontakt nicht möglich ist oder abgelehnt werden sollte. Der Patiententheorienfragebogen gibt einen sehr guten Einblick in die vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten der Partner und kann auch als eine gute Gesprächs- und Beratungsgrundlage genutzt werden. Die zehnstufigen vereinfachten Skalen in Anlehnung an die GARF-Skalen eignen sich sehr gut, emotionale Zustände, die im Gespräch eher vermieden werden, so abzubilden, dass Verzerrungen durch Tendenzen zur „sozialen Erwünschtheit“ minimiert werden. Sie lassen sich sehr gut gegenüber stellen und auch als Zielerreichungsskalen einsetzen. Die Selbstbeurteilungsbögen eignen sich zur Selbst-, aber auch zur Fremdbeurteilung, sodass Schwierigkeiten, Übereinstimmungen und Ressourcen sichtbar werden und auch eine Grundlage für gemeinsame Gespräche und Zielvereinbarungen bilden können. Die freien Antworten der Patienten und Partner aus dem Interview spiegeln die vielfältigen Sicht- und Erlebensweisen als Reaktionen auf eine depressive Erkrankung und deren Auswirkungen wider. Sie können als Anregungen für die Befragung weiterer Patienten und Partner im Sinne von Checklisten genutzt und erweitert werden. Es wird erwartet, dass diese authentischen Antworten von Patienten und vor allem von den Partnern gut angenommen werden können und eigene „Suchprozesse“ anregen.

Es erscheint zudem erforderlich, Patienten und deren Partner umfangreicher und besser über verschiedene Behandlungsmethoden und auch die Psychotherapie zu informieren. Selbst Patienten, die beispielsweise schon eine ambulante Psychotherapie erhalten haben, konnten keine Therapierichtung oder Inhalte benennen. Zudem wäre es für Patienten und vor allem auch für die Partner hilfreich, die Aufgaben, Grenzen, die Wirkungsweise und auch mögliche Nebenwirkungen von Psychotherapie besser zu kennen.

Die Partner wussten oft nicht, was Psychotherapie bedeutet oder dass es die Möglichkeit ambulanter oder teilstationärer Therapien gibt. Eine bessere Aufklärung über die Wirkungsweise, über Ziele, Unterschiede und den Zugang zur Psychotherapie könnte die Besserungserwartung erhöhen und die Angst vor Rückfällen für Patienten und Partner minimieren helfen. Patienten und Partner sind auch wenig in der Lage, zwischen den Berufsgruppen

Psychiater, Neurologe, (ärztliche und psychologische) Psychotherapeuten und Heilpraktiker zu unterscheiden. Die Kritik an Psychotherapeuten sollte etwas differenziert betrachtet, aber nicht ausgeblendet werden. Bei den Patienten richtet sie sich oft an eine als negativ erlebte Beziehungsgestaltung und eine als „zu wenig individuell erlebte“ Methodik.

Unbestritten ist, dass Patienten mit einer depressiven Erkrankung, vor allem mit einer langen Krankheitsdauer, auch für Behandler oftmals eine besondere Herausforderung in der Beziehungsgestaltung darstellen. Umso wichtiger erscheint es, an den vorhandenen Ressourcen und gut repräsentierten Erfahrungen anzuknüpfen und diese in jedem Einzelfall individuell zu beurteilen. Es scheint auch so zu sein, dass depressive Patienten stark auf Sympathie und „Passung“ achten sowie auf die Methodenwahl. Patienten kritisierten sehr stark, wenn in ihnen das Gefühl entstand, der Behandler arbeite nach einem „Plan oder Buch“. Patienten und auch Partner kritisierten auch Gruppenangebote, in denen sie persönlich das Gefühl hatten, nicht in ihrer Individualität wahrgenommen zu werden. Sicher wäre es hilfreich, das Anliegen und die Ziele verschiedener Gruppenangebote stärker sichtbar zu machen und geschlechtsspezifische Unterschiede und Interessen zu berücksichtigen und zu benennen.

Selbsthilfegruppen wurden –entgegen den Erwartungen– nur wenig hilfreich beurteilt. Besonders negative Erfahrungen wurden aus Selbsthilfegruppen ohne fachliche Anleitung berichtet, hier zeigen sich wahrscheinlich auch die unzureichenden Fähigkeiten zur Abgrenzung depressiver Patienten. Nur etwa 20% der Patienten und Partner halten Bücher zur Bewältigung für hilfreich, einige empfinden sie zu kompliziert oder nicht ihrer Situation angemessen.

Vielleicht können Erfahrungsberichte von Menschen, die diese Krankheit bewältigt haben oder realistische Filme mit dieser Thematik eher angenommen werden.

Auf die Belastung der Kinder sollte sehr behutsam eingegangen werden, da Patienten hier schnell starke Schuldgefühle entwickeln. Auch die Partner sind sehr sensibilisiert für die Situation der Kinder, neigen jedoch stärker dazu als Patienten, diese Schwierigkeiten zu bagatellisieren. Die Aufklärung der Kinder über eine psychische Erkrankung stellt viele Eltern vor eine große Herausforderung, sie wünschen sich hier mehr Beratung und vielleicht kindgerechtes Informationsmaterial. Zudem bestehen große Ängste, die Kinder könnten diese Erkrankung „geerbt“ haben und selbst erkranken. Hier besteht großer Aufklärungsbedarf über Schutzfaktoren von Kindern, die Wahrscheinlichkeit einer erblichen Belastung und über Unterstützungsangebote. Viele Patienten und Partner wünschen sich Beratungs- und Unterstützungsangebote für die Kinder. In Einzelfällen könnte es auch sehr hilfreich sein, Gespräche mit der ganzen Familie zu führen und die Kinder einzubeziehen. Die Themen „Schuld“ und „Scham“ sind für die Eltern besonders bedeutsam und sollten bei erkennbarem Bedarf bearbeitet werden. Vor allem bei den Töchtern besteht eine starke Tendenz, die einzigen Ansprechpartner der Patienten, aber auch der Partner zu sein und sich damit zu überfordern

oder in symbiotische Beziehungsstrukturen zu gelangen. Auch hier wäre eine gezielte Aufklärung und möglicherweise Einbeziehung in die Behandlung ratsam. Das semistrukturierte Interview erhebt auch diese Informationen wertfrei im Rahmen der familiären Anamnese.

Patienten und Partner haben bisherige Paargespräche oder Paartherapie überwiegend als nicht hilfreich bewertet. Mögliche Gründe könnten eine kritische Paarbeziehung, ungenügende Vorbereitung der Beteiligten, ein ungeeigneter Zeitpunkt oder auch gegenteilige Erwartungen der Betroffenen sein. Für viele Partner erscheint es zuerst hilfreicher zu sein, in Einzelgesprächen über sich und ihre Belastungen berichten zu können, Paargespräche genau zu planen und genaue Ziele festzulegen, um beiderseitige Überforderungen und Enttäuschungen zu vermeiden.

Patienten und Partner entwickeln Krankheitskonzepte und –vorstellungen sehr stark aus ihren eigenen Lebenserfahrungen und aus ihrer Sichtweise der Beeinflussbarkeit von Krankheit und Gesundheit. Aus diesem Grund sollten lebensgeschichtliche Ereignisse, gesellschaftliche oder beziehungsrelevante Umbrüche, aber auch als schmerzhaft erlebte „Nicht-Ereignisse“, wie beispielsweise ungewollte Kinderlosigkeit, in das Krankheitsmodell aufgenommen werden. Hier kann auch deutlich gemacht werden, um welche Art der „Konfliktverarbeitung“ es sich bei der Depression handelt und welcher Bereich des Modells stärker betroffen scheint.

In diesem Sinne erscheinen die in der Geschichte der Depression verwendeten Begrifflichkeiten, beispielsweise „gehetzte Depression“ oder „Trauerdepression“ mit ihrem Bemühen um eine ätiologische Zuordnung innerhalb einer Kategorie der Depression hilfreich, obwohl die sichtbaren Symptome ähnlich sind.

Auch die Versuche, der Diagnose einen psychosozialen Aspekt (DSM-IV) anzufügen, scheinen diesen Beobachtungen Rechnung zu tragen und eine individuellere Sichtweise auf die Diagnose „Depression“ zu fördern. Bei den Partnern sollte diese individuelle Sicht ebenfalls größere Beachtung finden. Die stärkere Beachtung des Beziehungsaspektes wurde darin deutlich, dass sich bei der Entwicklung der Nachfolgeversion des DSM-III mehrere Arbeitskreise in der American Psychological Association gründeten, die sowohl auf der politischen als auch auf der wissenschaftlichen Ebene argumentierten, „...dass für jede psychische Erkrankung eine Beziehungsdiagnose komplementär notwendig ist“ (Cierpka & Stasch, 2003, S. 178) und damit auch die familientherapeutische und systemische Sichtweise bei der Behandlung gestärkt haben.

In den Ergebnissen dieser Untersuchung hat sich gezeigt, dass es auch Partner und Paare gab, deren Beziehungsqualität sich nach ihren Aussagen durch die Erkrankung verbessert hat. Hier erscheint eine genaue Exploration und Betrachtung der Ressourcen ebenso nütz-

lich und hilfreich wie bei den Paaren, deren Beziehung sich als sehr belastet oder unverändert darstellt.

Eine individuelle Sicht kann den Zugang zu verschiedenen Behandlungsmethoden erleichtern. Die interpersonalen Probleme, die für die Depression beschrieben werden, zeigen sich vor allem bei weiblichen Patienten. Zusätzlich zeigen sich bei vielen Patienten beispielsweise Fragen nach dem Sinn des Lebens, dem Sinn der Erkrankung, der weiteren Lebensgestaltung, dem Umgang mit Schuld, dem Umgang mit Verlusten, mit Trauer, mit Scham, mit nicht geglückten Lebensentwürfen oder tiefer Enttäuschung. Hier könnten viele therapieschulenübergreifende Konzepte hilfreich sein und an bisher hilfreiche Erfahrungen der Patienten und Partner anknüpfen. Der Umgang mit Gefühlen, die von depressiven Patienten und ihren Partnern meist abgelehnt werden, wie Wut, Ärger und Schuld, sollte eine viel stärkere Beachtung finden und bei Bedarf in das Therapiekonzept integriert werden.

Es erscheint zudem ratsam, die Konzepte Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit sowie auch Schuld und Scham getrennt zu explorieren und stärker zu bearbeiten. Auch bei den Partnern finden sich hier deutliche Unterschiede in der Ausprägung. Hier bieten sich auch Verfahren an, die in der Behandlung anderer psychischer Erkrankungen bereits erprobt und in ihrer Wirksamkeit gut untersucht sind.

Viel versprechend erscheinen Methoden aus der „Achtsamkeitsbasierten Psychotherapie“, der „Emotionsfokussierung“ oder der „Dialektisch-behavioralen Therapie“, zum Beispiel der „radikalen Akzeptanz“, die bisher eher bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus eingesetzt werden. Auch die „Schematherapie“, die schulenübergreifend versucht, „krankheitsfördernde“ motivationale Aspekte zu modifizieren, kann hier einen sehr wertvollen Beitrag leisten, der Individualität der depressiven Patienten und ihrer Partner gerecht zu werden und die Behandlung spezifischer an das Krankheitskonzept anzupassen oder es zu verändern.

Untersuchungen zur Rückfallvermeidung bei depressiven Patienten (Ma & Teasdale, 2004) haben eine gute Wirksamkeit der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie (Teasdale, Segal & Williams, 2003) vor allem bei Patienten mit mehreren depressiven Episoden nachweisen können. Auch Elemente des Achtsamkeitsbasierten Stressreduktionstrainings (Kabat-Zinn, 1990;), deren Wirksamkeit in verschiedenen Bereichen, beispielsweise bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen (Cohen-Katz, 2004) bestätigt werden konnten, sollten für die Behandlung depressiver Patienten und auch für die Bewältigung der Partner bei Bedarf stärker nutzbar gemacht werden. Dafür sprechen auch die Angaben der Teilnehmer dieser Untersuchung zu hilfreichen und weniger hilfreichen Interventionen oder eigenen Tätigkeiten, an die sich therapeutisch gut anknüpfen lässt.

Vor allem im stationären Setting werden Ergo-, Musik- oder Malthherapie bereits zur Behandlung genutzt. Männliche Patienten beurteilen diese Therapieformen allerdings weniger positiv und hilfreich als weibliche Patienten, möglicherweise treffen diese Aktivitäten eher die Interessen der Patientinnen, während männliche Patienten eher sportliche Aktivitäten und Bewegung bevorzugen.

Männliche Patienten bewerten Gespräche als hilfreicher und geben an, stärker von den psychoedukativen Gruppen zu profitieren, in denen „genau die Ursachen erklärt“ werden. Das entspricht ihrem starken Bedürfnis nach Klarheit und Wissen.

In den Befragungsergebnissen zeigt sich, dass Männer und Frauen bei Patienten und Partnern verschiedene Interventionen sehr unterschiedlich hilfreich bewerten. Hier sollte überlegt werden, eine stärkere geschlechtsspezifische Sicht einzunehmen und geschlechtsspezifische Unterschiede stärker zu beachten.

Für männliche Patienten ergeben sich oft ganz andere Konsequenzen aus der Erkrankung als für Frauen, beispielsweise im Selbstwerterleben oder der Rolle in der Familie. Die Sexualität spielt für männliche Patienten und männliche Partner durchschnittlich eine viel größere Rolle als für weibliche Patienten und Partner.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist auch vor dem Hintergrund der Probleme der Angehörigen notwendig.

Im therapeutischen Bereich wünschen sich viele Partner die Einbeziehung in die Therapie. Die Ergebnisse der Untersuchung haben auch gezeigt, dass die wahrgenommenen Bemühungen der Patienten bei den Therapiemaßnahmen einen positiven Einfluss auf das Unterstützungsverhalten des Partners haben. Die Therapien und Methoden sollten dem Partner gegenüber ebenfalls transparent gemacht werden, um seine Besserungserwartung zu stärken und seine Ressourcen zu nutzen.

Die Bestärkung durch den Partner erhöht zudem die Compliance und Motivation des Patienten. Durch eine bessere Information des Partners können auch wirkungsvoller berichtete Ängste des Partners abgebaut werden, ihm werde in der Therapie „die Schuld“ gegeben oder die „Partnerin solle sich trennen“.

Den meisten Patienten, aber auch vielen Partnern, ist das Streben nach Leistung, Perfektionsismus und dem Anspruch, ein „guter Mensch“ sein zu wollen, gemein. Das widerspricht dem erwarteten und oft erlebten Vorurteil, depressive Menschen seien nicht leistungsbereit oder faul. Auch dieser einfach erscheinende Zusammenhang zwischen der Leistungsfähigkeit, dem Leistungsanspruch und einer depressiven Erkrankung ist den meisten Patienten und Partnern nicht bewusst. Das sollte stärker bei der Krankheitssicht genutzt werden. Männliche Patienten fühlen sich mit dem Begriff „Burnout“ statt Depression viel wohler, mög-

licherweise ist dieser Begriff mit einer stärkeren Leistungsfähigkeit assoziiert oder in den Medien positiver besetzt.

Es ist deutlich geworden, dass sich die Patienten, aber auch die Partner wegen einer psychischen Erkrankung stigmatisiert und von der „Gesellschaft“, aber auch oft innerhalb der Familie (Eltern, Großeltern, Freunde, Arbeitskollegen) abgelehnt fühlen oder Angst vor Ablehnung haben. Es wäre bei allen psychischen Erkrankungen daher sinnvoll, nach dem Ausmaß der erlebten oder erwarteten Stigmatisierung der Patienten und ihrer Partner zu fragen. Schon das Gefühl und die Erwartung von Stigmatisierung können dazu führen, dass krankheitsbezogene Themen tabuisiert werden. Es ist deutlich geworden, dass auch diese Erwartungen dazu beitragen, dass die meisten Partner angeben, niemanden in ihrem Umfeld zu haben, mit dem sie über ihre Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung oder die Erkrankung selbst sprechen. Hier sollte eine bessere Aufklärung über „Stigmatisierung“, deren Entstehung und Funktion erfolgen und im Einzelfall geklärt werden, welche Erfahrungen gemacht wurden und wie realistisch die Erwartungen sind. Nach Rössler (2005) entspricht das Stigma kognitiv einem dysfunktionalen Stereotyp, das verfestigt und auch durch Erfahrungen nur sehr schwer bis kaum korrigierbar ist.

Besonders stark sind diese Stereotypen gegenüber Menschen mit Schizophrenie ausgeprägt, allerdings wurden stigmatisierende Sichtweisen auch bei professionellen Helfern nachgewiesen. Die Darstellung von Untersuchungsergebnissen zur Entstehung und Verbreitung stigmatisierender Betrachtungen sowie Vergleiche mit der Stigmatisierung von Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen und die Erfassung eigener Stereotypen erscheinen sinnvoll.

In dieser Untersuchung zeigt sich trotz des großen Anteils der Teilnehmer, die Scham wegen der Erkrankung sowie Angst vor Ablehnung und Schuldzuweisung durch andere empfinden, die große Breite an Erfahrungen und Umgangsweisen von Patienten und Partnern.

Die „Gesellschaft“ in ihrer allgemeinen Betrachtung wurde nur wenig als Auslöser oder Ursache benannt, eher wurden Auswirkungen wie beispielsweise hohe Arbeitsbelastung und –überlastung oder Verlust- und Enttäuschungserlebnisse durch gesellschaftliche Umwälzungen („Wende“, „Stasi-Vergangenheit“, „Isolation durch eigene Tätigkeit bei den Staatsorganen der DDR“, „Heimatverlust“, eigene Arbeitslosigkeit, Arbeitslosigkeit der Kinder) konkret benannt. Diese Themen zeigen die große Individualität der Genese bei Patienten, aber auch bei den Partnern, für die in vielen Fällen die Erkrankung einen weiteren tiefen Einschnitt oder eine Enttäuschung darstellen.

Die meisten Partner haben die Patienten vor einer depressiven Erkrankung kennen gelernt. Es hat sich gezeigt, dass es einen engen Zusammenhang zwischen der Partnerschaftsqualität und der Übereinstimmung in Behandlungs- und Therapiemaßnahmen sowie den Erklä-

rungsmodellen gibt. Möglicherweise übernehmen die Partner hier bereitwilliger die Annahmen der Patienten, um sie zu unterstützen. Auch ist es denkbar, dass diese Paare schon andere schwierige Situationen gemeinsam bewältigen konnten, was als partnerschaftliche Ressourcen gut nutzbar gemacht werden kann. Zufriedene Partner weisen zudem eine höhere Ausprägung des aktiven problembezogenen Copings auf. Im Ergebnis zeigt sich auch, dass glückliche Patienten und Partner ähnliche Annäherungs- und Vermeidungsziele aufweisen, die möglicherweise durch eine depressive Erkrankung des Partners nicht zu stark beeinträchtigt werden. Es lassen sich auch Paarkonstellationen finden, in denen die Partnerschaftsqualität sich durch die Erkrankung verbessert hat oder die als gut bewertet wurde, obwohl die Annahmen über eine „richtige Behandlung“ differierten. Bei glücklichen Patienten und Partnern zeigen sich verstärkt die Annäherungsziele einer verlässlichen Paarbeziehung, das Streben nach Liebe und Zuneigung und die Vermeidung von Trennung und Alleinsein.

Glückliche Patienten und Partner haben ein geringeres Streben nach Geselligkeit und Abwechslung, wenig Streben nach Status und Unabhängigkeit. Insgesamt sollten alle Krankheitskonzepte gefördert werden, die in der Lage sind, die Eigenverantwortung zu stärken und damit die Selbstwirksamkeitserwartungen von Patienten und Partnern zu fördern und gleichzeitig eine „Krankheitsschuld“ zu minimieren.

Das Wissen um die Krankheitskonzepte der Patienten und Partner kann sehr hilfreich sein, ressourcenorientierte Faktoren hinzuzufügen und idiosynkratische Annahmen abzuschwächen. Das Zusammenwirken vieler verschiedener Faktoren sowie der Schutzfaktor einer guten Beziehung sollten motivationsfördernd herausgearbeitet werden. Die überwiegend männlichen Partner haben ein starkes Motiv nach Nähe und Anerkennung, das durch die Anerkennung der Unterstützungsleistung für die Patienten herausgestellt werden sollte. Ein sehr wichtiges Thema für alle Beteiligten stellt der Umgang mit Ungerechtigkeiten dar, die ihnen selbst „durch das Leben“, „durch die Erkrankung“ oder „die Gesellschaft“ widerfahren sind oder antizipiert werden. Diese Themen und ein hilfreicher Umgang damit sprechen auch für den Einsatz achtsamkeitsbasierter Therapieansätze zur Rückfallprophylaxe, aber auch für die Unterstützung der Partner bei der Bewältigung.

Die Akzeptanz von Angehörigengruppen ist in dieser Untersuchung nur sehr gering ausgeprägt, sodass mehr Einzelkontakte erforderlich scheinen. Es ist ferner noch genau zu prüfen, warum Angehörigen- oder Selbsthilfegruppen zu wenig genutzt werden und an welcher Stelle der Zugang so schwierig erscheint oder diese Form der Unterstützung als nicht hilfreich empfunden wird.

Partner und Behandler benötigen und wünschen sich auch häufig Unterstützung in schwierigen interpersonalen Situationen aufgrund der Erkrankung. Hier ist es im Sinne der Attributionforschung sehr wichtig, schwierige zwischenmenschliche Situationen als Teil der Sym-



ptomatik zu erkennen und von der Person des Patienten zu trennen. Auch dazu ist Unterstützung notwendig, bei der eine dialektische Sichtweise und die Ergebnisse der Expressed-Emotions-Forschung hilfreich erscheinen. Durch die „Validierung der Wahrnehmungen“ der Betroffenen sollte eine (Schuld-) Entlastung erreicht und Veränderungen im Verhalten begünstigt werden. Es kann vermutet werden, dass Einzelgespräche diesem Anliegen gerechter werden als Gruppen- oder Paarinterventionen. Die psychosoziale Entlastung und Förderung der individuellen Entwicklung und Gesunderhaltung der Partner scheint ebenfalls in Einzelkontakten für die Betroffenen individueller und hilfreicher. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden auch darin deutlich, dass sich männliche Partner viel weniger aktive Hilfe suchen oder Unterstützung einfordern und nach außen nur selten als bedürftig wahrgenommen werden.

Trotz der begrenzten Kapazitäten im stationären, teilstationären und ambulanten therapeutischen Bereich, wäre es hier sicher hilfreich, dass die Behandler sich stärker initiativ verhalten und diese Zugangsschwierigkeiten berücksichtigen, zumal die männlichen Partner die größte Gruppe darstellen.

Obwohl es sich hier um eine Querschnittsuntersuchung handelt, wurde durch gezielte Fragen versucht, mehr über die zeitliche Entwicklung der Einstellungen zu den Krankheitsursachen zu erfahren. Eine veränderte Sichtweise auf die Krankheitsursachen könnte eine Veränderung der Therapieziele bei Patienten und Partnern zur Folge haben. Berking, Dreesen & Jacobi (2004) konnten Veränderungen von Therapiezielen während und nach einer stationären Verhaltenstherapie belegen. Die Entwicklung der Krankheitskonzepte über die Zeit konnte von Patienten und Partnern gut beschrieben werden, auch perspektivische Überlegungen zu kurz- und langfristigen Therapiezielen waren bei beiden Untersuchungsgruppen aussagekräftig. Die Therapieziele geben vor allem bei den Partnern gute Hinweise auf realistische Sichtweisen oder Wunschvorstellungen, die sehr wichtig für das Unterstützungsverhalten und die Übereinstimmung in den Therapiemaßnahmen sind. Bei den kurzfristigen Therapiezielen stand, entgegen den Erwartungen, nicht immer eine Symptomreduktion im Vordergrund. Viele Patienten und Partner wünschen sich schon sehr schnell persönliche Veränderungen, zum Beispiel die Erhöhung des Selbstwertgefühles oder die Rückkehr in das Arbeitsleben. Berking, Grosse Holtforth et al. (2004) fanden in ihrer Untersuchung zu störungsspezifischen Therapiezielen an 1253 stationär behandelten Patienten ein überwiegend primäres Therapieziel bei Schmerzpatienten, bei depressiven Patienten gab es keine Dominanz eines typischen Therapiezieles. Die Autoren kommen ähnlich wie in dieser Untersuchung zu dem Schluss, dass die Behandlung depressiver Patienten „...zieloffener zu gestalten ist...“ (S.234), die aufrecht erhaltenden Bedingungen und verschiedene Therapieziele innerhalb einer Störungsgruppe stärker berücksichtigt werden sollten. Zudem ist es wichtig, stärker problem- und zielbezogene Manuale zu entwickeln und verschiedene Therapieme-

thoden einzusetzen. Daher ist es möglich, dass Patienten mit einer depressiven Erkrankung und ihre Partner andere Erwartungen an einen „Therapieerfolg“ stellen und sich daher auch ein Teil der Unzufriedenheit mit Be-handlungs- und Therapiemaßnahmen erklärt. Michalak et al. (2003) fanden in ihren Untersuchungen zur Messung des Therapieerfolgs bei ambulanten Patienten, dass eine Therapie, die es vermag, die Symptome zu reduzieren, nicht unbedingt von den Patienten und auch den Therapeuten als erfolgreich angesehen wird. Demnach bedeutet eine nachhaltige Symptomreduktion nicht zwangsläufig eine Verbesserung der Lebenssituation.

Umgekehrt kann sich eine verbesserte Lebenssituation schon nach geringerer Symptomlin-derung einstellen. Die Forscher kommen zu dem Fazit, dass auch der Therapieerfolg ein „theoretisches Konstrukt“ ist und sich der Qualitätssicherung in der Praxis oft andere Ziele stellen als den Patienten selbst, für die in ihrer katamnestischen Beurteilung der Eindruck bedeutsam sei, „inwieweit über die eigentliche Symptomatik hinausgehende Störungsfolgen, wie Aspekte des Selbstwerts, der Hilf-losigkeit, der Demoralisierung und des Sinnerlebens, im Verlauf der Therapie reduziert wurden“ (S.101). In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass dieser Prozess bei den Partnern ebenfalls zu beobachten ist. Möglicherweise erklärt das subjektiv empfundene Missverhältnis zwischen dem allgemeinen Ziel der Symptomreduktion und den persönlich für wichtig erachteten Zielen einen großen Anteil der Unzufriedenheit mit psychoedukativen Therapiemaßnahmen und psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten und Partnern. Aufgrund des hohen Leidensdruckes der Patienten und Partner ist zu vermuten, dass oftmals ein Missverhältnis zwischen den Zielvorstellungen und der dafür benötigten Zeit bei allen Beteiligten besteht. Das sollte vor allem auf dem Hintergrund des sichtbaren hohen Leistungsanspruches depressiver Patienten und vieler Partner, der auch in die Therapie einfließt, stärker thematisiert werden, um Enttäuschungen geringer zu halten und zu realistischen Zielvorstellungen zu gelangen. Zudem sollte beachtet werden, dass bei den Patienten und bei den Partnern geschlechtsspezifische Unterschiede eine große Rolle in der Bewertung und den Zielen spielen, denen stärker Rechnung getragen werden muss. Auch unter diesem Aspekt erscheint es sehr lohnend, die Krankheitstheorien und die genauen Behandlungsvorstellungen und –erfahrungen der Patienten und Partner kennen zu lernen. Die Aussagen der Patienten und Partner zu den antizipierten Ursachen, den Krankheitsvorstellungen, ihren Erfahrungen, Erwartungen, Wünschen, Ängsten oder Zielen wurden in dieser Untersuchung als freie Äußerungen und in der wörtlichen Rede dokumentiert und abgebildet. Es wurde deutlich, dass sich der prozess- und konflikt-hafte Charakter eher durch qualitative Ansätze darstellen lässt. Diese Äußerungen sollten in der Folge als „Anker“ genutzt und erweitert werden.

Es hat sich gezeigt, dass ressourcen- und lösungsorientierte Fragen sowie die Methode der „Satzanfänge“ auch für sehr schwer depressiv erkrankte Menschen und deren Partner sehr

gut geeignet sind und ökonomisch günstige Instrumente darstellen, sehr individuelle Einsichten in das Denken und Fühlen der Betroffenen zu erhalten.

Einige Fragestellungen lassen sich zudem aufgrund ihrer Einfachheit auch nutzen, um neben der deskriptiven symptombezogenen Diagnostik in der ICD-10 eine Einschätzung der psychologischen Konstrukte der OPD-Achse I (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) vornehmen zu können, die sich ebenfalls auf den Leidensdruck, die Motivation, die vorhandenen Ressourcen und das Selbsterleben beziehen. Wietersheim et al. (2000) beschreiben in ihrer Untersuchung zur Evaluation der OPD eine gute Validität und Praktikabilität der Achse Krankheitserleben für depressive Patienten und deren Psychotherapiemotivation, da sie über eine gute Introspektionsfähigkeit verfügen. Das Fehlen von geeigneten „Ankern“ zur besseren Präzisierung der Fragestellungen wurde hingegen bemängelt.

Die gute Introspektionsfähigkeit depressiver Patienten, auch mit schweren oder mehrfachen Episoden, kann auch für die hier vorliegende Untersuchung bestätigt werden. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass „Anker“ für alle Untersuchungsgruppen gut geeignet sind, die Antwortmöglichkeiten und –fähigkeiten zu verbessern und einer schuld- oder schamhaften Besetzung entgegen zu wirken. Die Antworten der hier untersuchten Patienten und Partner könnten als „Checklisten“ und „Anhaltspunkte“ für zukünftige Patienten und Partner genutzt und um weitere Antworten ergänzt werden.

Es hat sich gezeigt, dass das Interview vor allem bei den Partnern eine tiefere Beschäftigung mit der Thematik der Erkrankung, aber auch mit ihren eigenen Belastungen bewirkt hat, ohne dass therapeutische Interventionen erfolgten. Vor allem die männlichen Partner fühlten sich dadurch anerkannt und zur Teilnahme motiviert, dass sie als „Experten“ der Erkrankung, als „unmittelbar Betroffene“ und als wichtiger „Unterstützungsfaktor“ wahrgenommen wurden. Erst im Verlauf konnten sie einräumen, dass auch sie sich oft Hilfe und Unterstützung wünschten, aber Probleme hätten, sich jemandem anzuvertrauen.

Besondere Belastungsfaktoren stellten für alle Beteiligten die Situation und die Angst um die Entwicklung der Kinder dar sowie der Umgang mit Suizidabsichten oder –versuchen, die oftmals zu einer stationären Aufnahme der Patienten führten. Die Abfolge der Untersuchung hat sich gut bewährt. Durch das zuerst stattfindende Interview haben die Patienten und Partner eine positive Einstellung und die Überzeugung gewinnen können, die Untersuchung zu bewältigen. Alle Teilnehmer sind der anschließenden Bitte um das Ausfüllen der Fragebögen nachgekommen und konnten das gut bewältigen. Der Interviewleitfaden ist zudem so gestaltet, dass Teile entnommen werden können und auch ohne Anleitung von den meisten Patienten und Partnern beantwortet werden könnten.

Auch wenn es aus verschiedenen Gründen nicht immer gelingen kann, alle Partner und Partnerinnen in die Behandlung einzubeziehen, sollte doch unbedingt der Versuch gemacht

werden, ihre Sichtweisen und Probleme kennen zu lernen. Die Partner und die partnerschaftliche Beziehung stellen sehr wichtige Ressourcen für die Patienten dar, unterliegen jedoch genauso einer großen Gefahr der Überlastung und gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Die Nutzung des Fragebogens zur Erfassung motivationaler Schemata (FAMOS) als Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen für Patienten und Partner erscheint viel versprechend und könnte sehr gut für ein besseres gegenseitiges Verständnis der Partner genutzt werden. Ursprünglich ist dieses Instrument für die Selbstbeurteilung des Patienten und die Fremdbeurteilung durch den Therapeuten konstruiert worden. Grosse Holtforth & Grawe (2000) konnten nachweisen, dass die Erhebung motivationaler Ziele effizienter ist als das Erschließen aus dem Verhalten, sodass dieses Verfahren auch ökonomischen Erfordernissen entspricht. In dieser Untersuchung wurde die Fremdbeurteilung durch die Teilnehmer selbst vorgenommen. Allen Beteiligten ist es nicht schwer gefallen, den anderen Partner einzuschätzen. Einschränkung wird darauf hingewiesen, dass ein Item („Für mich ist es wichtig, effizient zu sein“) aus der Auswertung ausgeschlossen wurde, da es von vielen Patienten und Partnern nicht verstanden wurde. Bei der Gegenüberstellung der Selbst- und Fremdbeurteilungen wurde deutlich, dass viele Bedürfnisse unterschätzt und viele Fähigkeiten des anderen gegenseitig überschätzt wurden. Eine Auswertung könnte im Einzel- oder Paarsetting erfolgen, um eine realistische Wahrnehmung zu fördern, Unterstützungsmöglichkeiten und geschlechtsspezifische Unterschiede sichtbarer werden zu lassen.

Die Themen Kommunikation, der hilfreiche Einsatz von Forderungen und der Umgang mit Sexualität und Libidoverlust bedürfen ebenfalls einer viel stärkeren Beachtung. Dombrowski & Gravemeier et al. (2002) gehen davon aus, dass sich die Prävalenz, an einer depressiven Störung zu erkranken, in den Industriestaaten erhöht und zunehmend jüngere Altersgruppen erfasst werden. Es wird geschätzt, dass die Wahrscheinlichkeit für Männer bei etwa 12%, für Frauen bei etwa 26% liegt, im Laufe ihres Lebens an einer Depression zu erkranken. Das würde auch bedeuten, dass viele Kinder in sehr verschiedenen Altersgruppen als Angehörige betroffen sind. Auch in dieser Untersuchung hat sich gezeigt, dass die Sorge um die psychische Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sowie junge Erwachsene einen großen Belastungsfaktor für die Patienten und Partner darstellen.

In dieser Untersuchung wurden auch einige junge Erwachsene befragt, die die einzigen Bezugspersonen eines erkrankten Elternteiles oder des Partners darstellen.

Es hat sich gezeigt, dass sie nur sehr unzureichend in der Lage sind, selbst Unterstützung in Anspruch zu nehmen oder eine eigene Hilfsbedürftigkeit wahrzunehmen. Auch die befragten Eltern depressiver Patienten oder Partner waren aufgrund ihres Alters oder der eigenen Lebensgeschichte nicht oder kaum in der Lage, die Depression als eine ernsthafte Erkrankung zu erkennen und die Betroffenen vorurteilsfrei zu unterstützen. Hier ist es sicherlich

auch erforderlich und hilfreich, bei den Patienten und Partnern eine verständnisvolle Haltung und Akzeptanz zu entwickeln.



## IX AUSBLICK

Nicht hinreichend konnte geklärt werden, warum trotz der vermehrten Anstrengungen der Aufklärung über psychische Erkrankungen in den Medien, der Bündnisse gegen Depression, der Kompetenznetze und Anzeigenkampagnen von Patienten und vor allem von den Partnern Bücher und Internet so wenig genutzt werden und die Bewältigungsstrategie der Informationssuche in dieser Untersuchung viel geringer als erwartet ausgeprägt ist. Informationen für Patienten und Partner sollten sich nicht nur auf die medizinisch – wissenschaftlichen Fakten konzentrieren, sondern viel stärker die zwischenmenschlichen Schwierigkeiten sowie Probleme der gesellschaftlichen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, Depression und Suizid berücksichtigen. Bücher, in denen Patienten und Partner über ihre Erfahrungen, die persönliche Suche nach einem Krankheitsmodell und individuelle Lösungs- und Behandlungsmöglichkeiten berichten (Müller-Rörich et al., 2007; Epstein Rosen & Amador, 2004), könnten die Akzeptanz und Glaubwürdigkeit dieses Mediums erhöhen und sollten von den Behandlern stärker einbezogen werden.

Es konnte gezeigt werden, dass geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Patienten- und Partnerstichproben vorliegen, die als statistisch bedeutsam bewertet werden und Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigung haben. Es scheint so zu sein, dass Männer und Frauen verschiedene Behandlungsmethoden unterschiedlich hilfreich einschätzen und hier weiterer Forschungsbedarf besteht. Männer und Frauen scheinen auch von den Behandlern (Allgemeinärzte, Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten) als Patienten, aber auch als Partner unterschiedlich eingeschätzt und informiert zu werden. Hier könnte natürlich auch das Geschlecht der Behandler einen Einfluss haben, was näher zu untersuchen wäre.

Es sollte zudem weiter erforscht werden, ob hier vermutete geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirksamkeit und Annahme von Verfahren und Methoden tatsächlich bestehen und wie diesen möglichen Unterschieden besser Rechnung getragen werden kann.

Es wäre denkbar, dass viele Gruppen- und Therapieverfahren stärker an Frauen evaluiert und ihren Bedürfnissen angepasst wurden, da Frauen die größte Gruppe der Patienten darstellen. Möglicherweise berühren auch die meisten Angehörigenprogramme viel stärker die Interessen und Probleme weiblicher Partner, da diese eine geringere „Hemmschwelle“ zur Inanspruchnahme zeigen, jedoch Männer die größere Gruppe an betroffenen Partnern stellen. Die geringe Akzeptanz von Selbsthilfegruppen bei Patienten und Partnern beiden Geschlechts kann hier nicht abschließend erklärt werden und sollte genauer exploriert werden.

In der weiteren Forschung wäre es sehr wichtig, genauer zu prüfen, ob sich eine Unterscheidung von Konstrukten, wie beispielsweise der Hilf- und Hoffnungslosigkeit, bestätigen lässt und diese spezielle Behandlungsmethoden erfordern könnten. So schlug Seligmann schon

1978 vor, sein Modell der „gelernten Hilflosigkeit“ als ein Modell einer „Hilflosigkeitsdepression“ zu betrachten, da er die Ähnlichkeit von gelernter Hilflosigkeit und einer „reaktiven Depression“, also einer Depression, die durch belastende Ereignisse verursacht werde, nachweisen wollte. Abramson et al. (1989) sprechen in ähnlichem Sinne von einer „Hoffnungslosigkeitsdepression“.

Diese Annahmen konnten nicht so einfach bestätigt werden, zeigen aber, dass es sein könnte, dass Behandlungsschwierigkeiten bei Menschen mit einer Depression in einem einheitlichen Ätiologiekonzept liegen könnten, das spezifische Probleme nur unzureichend berücksichtigt. So wäre es denkbar, dass vor allem die Behandlung der Hoffnungslosigkeit, die sich überwiegend bei Patienten mit mehreren depressiven Episoden finden lässt, viel stärker von der Behandlung mit achtsamkeits-basierten Therapien profitieren könnte. Deren Ziel ist es unter anderem, die Aufmerksamkeit auf den Augenblick, die Gegenwart und einen Fokus zu lenken, wenn die Patienten ein Ausbreiten negativer Gedanken oder Sorgen bemerken. Teasdale et al. (2000) kamen in einer randomisierten Studie an 145 Patienten mit mehreren früheren depressiven Episoden zu dem Ergebnis, dass die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie bei Patienten mit drei oder mehr früheren depressiven Episoden in der Lage war, die Rückfallgefahr zu verringern, bei Patienten mit zwei depressiven Episoden gelang das allerdings nicht.

Biebrich & Kuhl (2002) konnten ebenfalls zeigen, dass gerade für hochempfindsame Menschen die Entwicklung von Selbststeuerungskompetenzen als emotionale Ressource zum Schutz vor einer erhöhten emotionalen Stressreaktion wichtig ist.

Williams et al. (2000) konnten in einer Untersuchung an 45 Patienten mit mehrmaligen depressiven Episoden zeigen, dass die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie die Tendenz dieser Patienten, autobiografische Erinnerungen zu übergeneralisieren, so beeinflussen konnte, dass Differenzierungen möglich wurden.

Trotz methodischer Einschränkungen der Studie von Williams und Mitarbeitern zeigen die Ergebnisse eine große klinische Relevanz. Das scheint vor allem bei den Patienten wichtig, die die Krankheitsursache verstärkt in ihrer Kindheit sehen und von ihren generalisierten Erinnerungen emotional stark eingeschränkt werden.

Auch kann nicht abschließend erklärt werden, warum die meisten Patienten und Partner angeben, einen Sinn im Leben zu brauchen, andererseits jedoch das Annäherungsziel des Strebens nach Glaube und Sinn oder die Copingstrategie der Sinnsuche kaum gewählt haben. Das stützt zudem die Ergebnisse der Untersuchung, dass viele Partner, die ihre Beziehung als hilfreich und glücklich beschreiben, auch Copingstrategien auswählen, die allgemein eher als „regressiv“ beurteilt werden. Daher wäre ein „passungstheoretischer Ansatz“ (Staudinger, 1997) bei der Beurteilung der Bewältigungsformen zu empfehlen und würde den



Betroffenen sicherlich gerechter werden. Passungstheoretisch meint in diesem Zusammenhang, „...daß Aussagen, die bestimmte Bewältigungsformen generell als funktional oder dysfunktional beschreiben, wie etwa der Begriff des regressiven und des aktiven Copings, relativiert werden müssen“ (Staudinger, 2000, S. 192). Es ist sehr wahrscheinlich, dass auch „regressive“ Bewältigungsstrategien unter bestimmten Bedingungen und in bestimmten Stadien der Bewältigung dazu beitragen, das innere Gleichgewicht zu erhalten oder wieder zu stabilisieren. Vor allem für Partner psychisch erkrankter Menschen wäre das ein interessanter Forschungsgegenstand.

Es hat sich in dieser Untersuchung gezeigt, dass Patienten und Partner, die eine glückliche Beziehung nach dem Krankheitseintritt beschreiben, in den meisten Fällen auch schon vor der Erkrankung zufrieden waren. Sie weisen ein signifikant besseres Kommunikationsverhalten, weniger Streit und mehr Zärtlichkeit auf als weniger glückliche Paare. Es scheint eher so zu sein, dass sich bestehende Konflikte durch die Erkrankung weiter verschärfen und vor allem eine schlechtere Kommunikation und ein problematisches Sexualleben beschrieben werden. Diese Verschlechterungen werden oft auch von Patienten und vor allem von Partnern wahrgenommen, die dennoch ihre Beziehung als glücklich beschreiben. Hier ist es wahrscheinlich, dass sie diese Einbußen besser bewältigen können. Zudem weisen „glückliche“ Patienten und Partner ähnliche Annäherungs- und Vermeidungsziele –unabhängig von der Erkrankung– auf, die möglicherweise eine bessere Kompensation erlauben.

In weiteren Untersuchungen sollte geklärt werden, ob sich diese Befunde bestätigen lassen und mit welcher Methodik sich stark belastete Beziehungen verbessern lassen.

Es ist auch deutlich geworden, dass eine depressive Erkrankung sehr vielschichtige Aspekte beinhaltet und das Risiko komorbider Entwicklungen oder Begleiterkrankungen sehr hoch ist (Lewinson et al., 1991; Benkert, 2005), die wiederum ganz individuelle Krankheitskonzepte bei Patienten und Partnern hervorrufen. Auch die Wissenschaft ist einer ständigen Veränderung und Gewichtung einzelner Krankheitsfaktoren unterworfen, sodass es weniger darum gehen sollte, welche Krankheitskonzepte „richtig“ sind, sondern wie sie am wirkungsvollsten für alle Beteiligten genutzt werden können.

Dabei geht es nicht darum, Behandlungseinrichtungen, Therapieschulen, -methoden oder Behandler in ihrer Professionalität zu be- oder abzuwerten, sondern darum, die Spezifik und die Wahrnehmung der Beteiligten genauer zu erfassen, um vorhandene evidenzbasierte Methoden wirkungsvoller nutzbar zu machen und im Einzelfall schulunenabhängige oder –übergreifende Methoden zu implementieren. Für die praktische Umsetzung soll das bedeuten, dass es im Interesse der Patienten, der Partner und der professionellen Helfer lohnenswert erscheint, die Haltung des „Entweder- Oder“ zugunsten einer Haltung des „Sowohl-Als-Auch“ aufzugeben oder miteinander zu verbinden.



---

## LITERATURVERZEICHNIS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in Humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., Alloy, L. B. (1989). Hopelessness Depression. A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Ahrens, S., Elsner, H. (1981), Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept neurotischer, psychosomatischer und somatisch kranker Patienten I. *Medizinische Psychologie*, 7, 95-109.
- Althaus, W., Stefanek, J., Hasford, J., Hegerl, U. (2002). Knowledge and attitude of the general public regarding symptoms, etiology and possible treatments of depressive illnesses. *Nervenarzt*, 37, 659-664.
- Angermeyer, M. C. (1991). „Zuviel Streß!“ - Vorstellungen von Patienten mit funktionellen Psychosen über die Ursache ihrer Krankheit. In: Flick, U. (Hrsg.). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. 116-126. Heidelberg: Asanger.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Holzinger, A. (1997). Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 24, 215-220.
- Angst, J. (1994). Das Komorbiditätskonzept in der psychiatrischen Diagnostik. In: Dilling, H., Schulte-Markwort, E., Freyberger, H. J. (Hrsg.). (1994). *Von der ICD-9 zur ICD-10*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. 41-48.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage Stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2004). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual*. (4.Aufl.). Bern: Huber.
- Backenstraß, M. (1998). *Depression und partnerschaftliche Interaktion*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann Verlag.
- Balint, M. (1984). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action – A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.

- Baur, N., Fromm, S. (Hrsg.). (2004). Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1996). Kognitive Therapie der Depression. (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beckmann, D. (1976). Arzt-Patient Beziehung. In: Kerekjarto, M.v. (Hrsg.). Medizinische Psychologie. 252-291. Berlin: Springer.
- Belle, D. (1982). Lives in stress: Women in depression. Beverly Hills, CA: Sage.
- Benkert, O. (2005). Warum macht Stress depressiv? Warum macht die Depression das Herz krank?. München: Beck.
- Berking, M. (2003). Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation. Dissertation. Georg-August-Universität. Göttingen.
- Berking, M., Dreesen, J., Jacobi, C. (2004). Was wollen Patienten wann und wo erreichen? Die Veränderungen von Therapiezielen während und nach einer stationären Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie, 14, 245-252.
- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C., Kröner-Herwig, B. (2004). Sage mir deine Diagnose, und ich sage dir, was du willst: Inwieweit sind Therapiezielinhalte störungsspezifisch? Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 14, 223-236.
- Biebrich, R., Kuhl, J. (2002). Selbststeuerung und affektive Sensibilität: Persönlichkeitsspezifische Antezedenzen der Depressivität. Zeitschrift für Psychologie, 210, 74-86.
- Bischkopf, J., Wittmund, B. & Angermeyer, M. C. (2002). Alltag mit der Depression des Partners. Psychotherapeut, 42, 11-15.
- Bischkopf, J. (2002). Zur Lebenssituation der Partner depressiver Patienten. Eine qualitative Untersuchung. Dissertation. Freie Universität Berlin.
- Bischkopf, J. (2005). Angehörigenberatung bei Depression. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bischoff, C., Zenz, H. (Hrsg.). (1989). Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Bleuler, M. (1983). Lehrbuch der Psychiatrie. Eugen Bleuler. (15. unv. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bodenmann, G. (2000). Stress und Coping bei Paaren. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

- Bodenmann, G., Cina, A., Schwerzmann, S. (2001). Individuelle und dyadische Copingressourcen bei Depressiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 194-203.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. (4., überarb. Auflage). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G. A. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben*. (2. bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bott, U. (1996). Psychosoziale Aspekte der Krankheitsbewältigung und ihre Beziehung zum Therapieerfolg. *Europäische Hochschulschriften*, 11. Frankfurt am Main: Lang.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, M. (2003). *Unsichtbare Bindungen*. (7. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brown, G. W. (1985). The discovery of Expressed Emotion: Induction or deduction? In: Leff, J., Vaughn, C. (Eds.). *Expressed Emotion in families: Its significance* *Journal for mental illness*. New York: Guilford.
- Buchholtz, A. (1998). Alltagskonzepte psychischer Krankheit. Subjektive Theorien von Angehörigen. In: Flick, U. (Hrsg.). (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. 241-256. Weinheim, München: Juventa.
- Bühl, A. (2006). *SPSS 14. Einführung in die moderne Datenanalyse*. (10., überarb. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bundesministerium für Gesundheit. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitsziele.de: Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism and self-regulation. In: Chang, E. C. (Ed.). *Optimism and Pessimism: Implications for theory, Research, and practice*. 31-51. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cierpka, M., Stasch, M. (2003). Die GARF-Skala. Ein Beobachtungsinstrument zur Einschätzung der Funktionalität von Beziehungssystemen. *Familiendynamik*, 28, 176-200.
- Cohen-Katz, J. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and Family Systems Medicine: A Natural Fit. *Families, Systems & Health*, 22, 204-206.
- Condon, J. W., Crano, W. D. (1988). Inferred evaluation and the relation between attitude Similarity and interpersonal attraction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 789-797.

- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59, 614-625.
- Coyne, J. C. (1985). Studying depressed persons' interactions with strangers and spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 231-232.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347-352.
- Coyne, J.C., Smith, D. A. F. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. *Journal of personality and Social Psychology*, 61, 404-412.
- Cropley, A. J. (2005). *Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung*. (2. überarb. Aufl.). Eschborn : Verlag Dietmar Klotz.
- Dahlbender, R. W., Buchheim, A., Doering, S. (2004). OPD und AAI – integrative Diagnostik von Struktur, Konflikt und Bindungsrepräsentation. *Persönlichkeitsstörungen -Theorie und Therapie*, 8, 251-261.
- Davison, G.C., Neale, J. M. (1996). *Klinische Psychologie*. (4.vollst.überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York, London: Plenum Press.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, London: Plenum Press.
- Dilling, H., Schulte-Markwort, E., Freyberger, H. J. (Hrsg.). (1994). *Von der ICD-9 zur ICD-10. Neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Dilling, H., Reimer, C. (1997). *Psychiatrie und Psychotherapie*. (3.Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Weltgesundheitsorganisation. (5.Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Dombrowski, H. U., Gravemeier, R. (2002). Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei Depressionen. *Psychotherapeutische Praxis*, 2, 85-97.

- Dorsch, F. (Hrsg.), Häcker, H., Stapf, K.-H. (1992). Psychologisches Wörterbuch., (11., ergänzte Aufl.). Bern: Huber.
- Ehrenberg, A. (2004). Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Ernst, J., Götze, H., Weißflog, G., Schröder, C., Schwarz, R. (2006). Angehörige von Krebspatienten: Die dritte Kraft im medizinischen Entscheidungsprozess ? Explorative Befunde zum Shared Decision-Making. Familiendynamik, 31, 47-69.
- Epstein Rosen, L., Amador, X. (2004). Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist. (3.Aufl.).Hamburg: Reinbek.
- Faller, H., Gossler, S., Lang, H. (1998). Gesundheitsvorstellungen bei Psychotherapiepatienten. In: Flick, U.(Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. 257-267. Weinheim, München: Juventa.
- Faltermaier, T. (1991). Subjektive Theorie von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: Flick, U. (Hrsg.). Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. 45-58. Heidelberg: Asanger Verlag.
- Faltermaier, T. (2003). Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.). Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. (57-77). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Felton, B. J., Revenson, T. A., Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. Social Science and Medicine, 18, 889-898.
- Flick, U. (Hrsg.). (1998). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Försterling, F., Stiensmeier-Pelster.(Hrsg.). (1994). Attributionstheorie. Göttingen: Hogrefe.
- Funke, W. (1989). Effekte einer therapeutischen Modifikation subjektiver Krankheitsursachen und Kontrollannahmen am Beispiel Migräne. In: Zenz, H., (Hrsg.), Bischoff, C. Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. 172-185. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Funke, W. (1994). Der kleine Unterschied: Zur Bedeutung geschlechtsspezifischer Therapieziele. In: Fachverband Sucht e.V.: Therapieziele im Wandel ? Beiträge des 6. Heidelberger Kongresses. Geesthacht: Neuland.

- Giger-Bütler, J. (2003). „Sie haben es doch gut gemeint.“ Depression und Familie. Weinheim, Basel: Beltz.
- Goffman, E. (1992). Stigma. (10.Aufl.; 1.Aufl. 1975). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gotlib, I.H., Whiffen, V.E. (1989). Depression and marital functioning: An examination of specificity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 23-30.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (2006). Emotionsfokussierte Psychotherapie. Lernen, mit den eigenen Gefühlen umzugehen. Tübingen: dgvt.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (2003). Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozeß- und erlebnisorientierten Therapie. Paderborn: Jungfermann.
- Grosse Holtforth, M. (2002). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 170-179.
- Hahlweg, K., Dürr, H., Dose, M., Müller, U. (2006). Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. (2. überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (1996). Interaktionelle Aspekte psychischer Störungen. In: Ehlers, A., Hahlweg, K. (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie. Grundlagen der Klinischen Psychologie*. Bd. 1. 585-648. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (1996). Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Göttingen: Hogrefe.
- Hammen, C. L. (1991). Depression runs in families - The social context of risk and resilience in children of depressed mothers. New York: Springer.
- Hammen, C. (1999). Depression. Erscheinungsformen und Behandlung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Haußer, K. (1982). Forschungsinteraktion und Forschungskonzeption. In: Huber, G. (Hrsg.). *Verbale Daten: Eine Einführung in die Grundlagen und Methoden der Erhebung und Auswertung*. Weinheim: Beltz. 61-78.
- Hautzinger, M. (1983). Kognitive Veränderungen als Folgen nicht als Ursache von Depression. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 2, 377-387.



- Hautzinger, M., Stark, W., Treiber, R. (1989). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien. München: Psychosozial Verlags Union.
- Hautzinger, M. (1998). Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Bd. 4. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Hayhurst, H., Cooper, Z., Paykel, E. S., Vearnals, S., Ramana, R. (1997). Expressed emotion and depression: A longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 171, 439-443.
- Hegerl, U., Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A., Möller, H. (2003). Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. *Deutsches Ärzteblatt*, 100, 2732-2737.
- Heidenreich, T., Michalak, J. (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch. (2., korr. Aufl.). Tübingen: dgvt.
- Hell, D. (1982). Ehen depressiver und schizophrener Menschen. Berlin: Springer.
- Herkner, W. (1991). Lehrbuch Sozialpsychologie. (5., korr. u. stark erw. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Hobfoll, S. E. (1998). Stress, culture, and community: The psychology and Philosophy of stress. New York: Plenum.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307-324.
- Hooley, J. M., Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235.
- Hornung, R., Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P., Schmidt, L.R. (Hrsg.). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. (65-87). Stuttgart: Enke.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., Kordy, H. (2000). Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hübner-Liebermann, B., Spießl, H. (2005). Das Regensburger Bündnis gegen Depression. *Sozialpsychiatrische Information*, 35.Jg, (3). 8-11.
- Jacob, R., Eirmbter, W. H., Hahn, A. (1999). Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7, 105-119.

- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder. A survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 77-83.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacourt.
- Kaluza, G. (1996). *Gelassen und sicher im Streß*. (2., erw. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kandal, D. B., Ravels, V. (1985). The stressfulness of daily social roles for women: Marital, occupational and household roles. *Journal of Health and Social Behaviour*, 26, 64-78.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. S., Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagementtherapie*. (3. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Keller, J. A. (1996). Anspruchsniveau. In: Kuhl, J., Heckhausen, H. (Hrsg.). *Motivation, Volition und Handlung. Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie 4*. 153-207. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Kelley, H. H. (1972). Attribution in social interaction. In: Jones, E.E. (Ed.). *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, New York: General learning press.
- Kelley, H. H., Thibaut, J. W. (1978). *Interpersonal relationships. A theory of interdependence*. New York: Wiley.
- Kerekjarto von, M. (Hrsg.). (1974). *Medizinische Psychologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Klauer, T., Schwarzer, R. (2001). Soziale Unterstützung und Depression. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Themenheft: Soziales Netz und psychische Störungen*, 22, 333-352.
- Klemenz, B. (2003). *Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Kocherscheidt, K., Fiedler, P., Kronmüller, K.-T., Backenstraß, M., Mundt, C. (2002). Zur empirischen Unterscheidung von Scham und Schuld. Beschreibung und Evaluierung der dt. Version des TOSCA. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 217-224.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- Kuhl, J., Atkinson, W. (1986). *Motivation, Thought and Action*. New York, Westport, Connecticut, London: Praeger.
- Kuhl, J. (1998). Wille und Persönlichkeit: Funktionsanalyse der Selbststeuerung. *Psychologische Rundschau*, 49, 61-77.
- Landesarbeitsgemeinschaft der Arbeitskreise Leben in Baden-Württemberg. (2004). *Suizid. Fragen und Antworten. Erfahrungen und Aspekte*. Stuttgart: o. A. des Verlages.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lemke, R., Rennert, H. (1987). *Neurologie und Psychiatrie*. (8., überarb. Aufl.). Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Leventhal, H., Meyer, D, Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. In: S. Rachman (Ed.). *Medical psychology*, 2, 7-30.
- Leventhal, H., Brisette, I., Leventhal, E. A. (2003). The common-sense-model of self-regulation of health and illness. In: Cameron, L. D. & Leventhal, H. (Eds.). *The self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Lewinson, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Hops, H. (1991). Comorbidity of Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 205-213.
- Lienert, G., Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. (5. überarb. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Linden, M. (1985). Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 12, 8-12.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Lohaus, A., Schmitt, G. M. (1989). Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen: Hogrefe.
- Lozà, J. L., Kausch, H. (1998). *Angewandte Statistik für Naturwissenschaftler*. (2. überarb. u. ergänzte Aufl.). Buchverlag Berlin: Pareys Studentexte 74.
- Ma, S. H., Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Maier, W. (1994). Das Konzept der affektiven Störungen. In: Dilling, H., Schulte-Markwort, E., Freyberger, H. J. (Hrsg.). (1994). *Von der ICD-9 zur ICD-10*. 111-125. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

- Maletius, W. (1993). Krankheitskonzepte und Behandlungserwartungen bei Patienten mit monopolarer oder bipolarer Depression. Medizinische Dissertation: Erlangen-Nürnberg.
- Marneros, A. (2004). Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen. Stuttgart, New York: Thieme.
- McGrath, E., Keita, P. G., Strickland, R. B., Russo, F. N. (Hrsg.). (1993). Frauen und Depression. Risikofaktoren und Behandlungsfragen. Bergheim: Mackinger Verlag. © by American Psychological Association (APA).
- Mentzos, S. (1995). Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mering, v., O. (1962). Disease, healing and problem solving: A behavioural science approach. *Journal of Social Psychiatry*, 8, 137-148.
- Methorst, G. J. (1994). Health Risks for Patients' Spouses. In: Dauwalder, J.-P. (Ed.). *Psychology and Promotion of Health. Swiss Monographs in Psychology*, 2, 123-135. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Michalak, J., Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 213-219.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F., Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs: Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 94-103.
- Moeller, M. L. (1972). Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung. *Nervenarzt*, 43, 351-360.
- Möller, H. J. (1990). Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbeurteilungsskalen zur Verlaufsbeurteilung depressiver Symptomatik im Rahmen der Therapie-Evaluation. In: Baumann, U., Fährndrich, E., Stieglitz, R.-D. & Woggon, B. (Hrsg.). *Veränderungsmessung in Psychiatrie und Klinischer Psychologie*. München: Profil.
- Müller-Rörich, T., Hass, K., Margue, F., van den Broek, A., Wagner, R. (2007). *Schattendasein – Das unverstandene Leiden Depression*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Muthny, F. A. (1989). Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Göttingen: Hogrefe.
- Ostkirchen, G., Willweber-Strumpf, A. (1989). Lientheorien bei chronisch rheumatischen Erkrankungen. In: Bischoff, C., Zenz, H. *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. 124-131. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.

- Papageorgiou, C., Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.
- Petermann, F. (1992) Erlernte Hilflosigkeit: Neue Konzepte und Anwendungen. In: Seligman, M. E. Erlernte Hilflosigkeit. (4. erweiterte .Aufl.). 209-259. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Petermann, F., Mühlig, S. (1998). Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance Verbesserung. In: Petermann, F. (Hrsg.). Compliance und Selbstmanagement, 73-102. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (2003). Compliance. In: Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.). Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention, 695-706. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Pflanz, M. (1965). Gesundheitsverhalten. *Mensch und Medizin*, 6, 173.
- Pittman, T. S., Pittman, N. L. (1980). Deprivation of control and the attribution process. *Journal of Personal and Social Psychology*, 3, 377-389.
- Pittman, T. S., D'Agostino, P. R. (1985). Motivation and attribution: The effects of control deprivation on subsequent information processing. In: Harvey, J. H. & Weary, G. (Ed.). Attribution. Orlando: Academic Press.
- Plaum, F. G. (1968). Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen psychosomatischer Patienten. Medizinische Dissertation: Gießen.
- Plaum, E. (2000). DSM-IV und ICD-10 als Grundlagen psychologisch-klinischer Diagnostik?. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21, 152-165.
- Priebe, S. (1992). Die Bedeutung der Patientenmeinung. Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Renner, B., Weber, H. (2003). Gesundheitsbezogene Ziele und Erwartungen. In: Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.). Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. 17-37. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Ritz-Schulte, G., Schmidt, P., Kuhl, J. (2008). Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Rössler, W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankungen. *Die Psychiatrie*. 5-11.
- Ross, L., Greene, D., House, P. (1977). The "false consensus effect": An egocentric Bias in social perception and attribution process. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 279-301.

- Roy, M. P., Steptoe, A., Kirschbaum, C. (1998). Life events and social support as moderators of individual differences in cardiovascular and cortisol reactivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1273-1281.
- Rutter, M., Quinton, P. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J., Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata verändern*. Göttingen: Hogrefe.
- Schadeberg, C., Bandemer-Greulich, U., Konzag, T.A. (2000). Geschlechtsspezifische Unterschiede im Therapieverlauf und Therapieerfolg bei stationärer Psychotherapie. In: Strauß, B., Geyer, M. (Hrsg.). *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung*. Westdeutscher Verlag. 486-500.
- Schauenburg, H., Hofmann, B. (2007). *Psychotherapie der Depression. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Scheer, J. W., Moeller, M. L. (1976). Krankheitskonzepte psychotherapeutischer Patienten I: Vorstellungen zur Genese und Behandlung seelischer Störungen. *Medizinische Psychologie*, 1, 13-29.
- Scheer, J. W., Moeller, M. L. (1976). Krankheitskonzepte psychotherapeutischer Patienten II: Ihr Zusammenhang mit Verhalten, Symptomen, Arzturteilen. *Medizinische Psychologie*, 1, 30-48.
- Schellenbaum, P. (1991). *Die Wunde der Ungeliebten*. München: Kösel-Verlag.
- Schmaling, K. B., Jacobson, N. S. (1990). Marital interaction and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 229-236.
- Schmidt-Traub, S., Lex, T-P. (2005). *Angst und Depression*. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.
- Schmidt-Degenhard, M. (1983). *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.
- Schramm, E. (2000). Interpersonelle Psychotherapie (IPT). In: Hoffmann, N., Schauenburg, H. (Hrsg.). *Psychotherapie der Depression*. Stuttgart: Thieme.

- Schüller, A. (2005). Begrüßungsrede zum 1.Informationstages des „Düsseldorfer Bündnis gegen Depression“. Ärztekammer Nordrhein.
- Schulte, D. (1996). Therapieplanung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Schulz, U., Schwarzer, R. (2003) Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49,73-82.
- Schwarzer, R., Leppin, A. (1990). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R.(Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. 395-414. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Weiner, B. (1990). Die Wirkung von Kontrollierbarkeit und Bewältigungsverhalten auf Emotion und soziale Unterstützung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 2, 118-125.
- Schwarzer, R., Weiner, B. (1991). Stigma controllability and coping as predictors of emotions and social support. *Journal of Personal and Social Relationships*, 8, 133-140.
- Schwenkmezger, P., Schmidt, L.R. (Hrsg.). (1994). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Segrin, C., Abramson, L.Y. (1994). Negative reactions to depressive behaviors: A communication theories analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 665-668.
- Seligman, M. E. (1992). *Erlernte Hilflosigkeit*. 4. erweiterte .Aufl. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Sher, T. G., Baucom, D. H. (1993). Marital communication. Differences among maritally distressed, depressed, and nondistressed-nondepressed couples. *Journal of Family Psychology*, 7, 148-153.
- Skowronski, J. J., Carlston, D. E. (1989). Negativity and extremity biases in impression formation: A review of explanations. *Psychological Bulletin*, 105, 131-142.
- Snyder, H. L., Smoller, B., Strenta, A., Frankel, A. (1981). A comparison of egoism, negativity and learned helplessness as explanations for poor performance after unsolvable problems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 24-30.
- Spießl, H., Hübner-Liebermann, B. & Hajak, G. (2006). Volkskrankheit Depression. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131, 35-40.
- Staudinger, U. M. (1997). Grenzen der Bewältigung und ihre Überschreitung: Vom Entweder-Oder zum Sowohl-Als-Auch und weiter...In: Tesch-Römer, C.T., Salewski, C.,

- Schwarz, G. (Hrsg.). Psychologie der Bewältigung. 247-260. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.
- Stiens, R. (1999). Krankheit als Waffe. Wie man sich gegen emotionale Erpressung wehrt. München: Econ & List.
- Stiensmeier-Pelster, J. (1994). Attribution und erlernte Hilflosigkeit. In: Försterling, F., Stiensmeier-Pelster, J. (Hrsg.). *Attributionstheorie*. 184-211. Göttingen: Hogrefe
- Stroebe, W. (1977). Ähnlichkeit und Komplementarität der Bedürfnisse als Kriterien der Partnerwahl: Zwei spezielle Hypothesen. In: Mikula, G., Stroebe, W. (Hrsg.). *Sympathie, Freundschaft und Ehe*. 77-107. Bern: Huber.
- Stroebe, W. (Hrsg.), Jonas, K., Hewstone, M. (2002). *Sozialpsychologie*. (4. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Suchmann, E. A. (1965). Stages of illness and medical care. *Journal of Health and Human Behavior*, 7, 114-128.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C., Kendler, K.S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1552-1562.
- Tashakkori, A., Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Temoshok, L. (1993). Emotions and health outcomes: Some theoretical and Methodological consideration. In: Traue, H. C., Pennebaker, J. W. (Eds.). *Emotion, inhibition and health*. 247-256. Toronto, Ontario, Canada: Hogrefe & Huber.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 157-160.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A. (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Thompson Sanders, V. L., Noel, J. G., Campbell, J. (2004). Stigmatization, Discrimination, and Mental Health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 529-544.



- Trautmann-Sponsel, R.D., Zaudig, M. (2003). Persönlichkeitsstörungen und Neurosen aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 9, 151-163.
- Trost, A., Schwarzer, W. (Hrsg.). (2005). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe*. (3.vollst.überarb. Aufl.). Dortmund: Borgmann.
- Vaughn, C. E., Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Verres, R. (1986). *Krebs und Angst*. Berlin: Springer.
- Verres, R. (1989). Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In: Bischoff, C., Zenz, H. (Hrsg.), *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. 18-24. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Verres, R. (1998). Gesundheitsforschung und Verantwortung. Gedanken zur Differenzierung und Vertiefung der Rekonstruktion subjektiver Gesundheits- und Krankheitstheorien. In: Flick, U. (Hrsg.). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. 301-313. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Vollmoeller, W. (1998). *Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wagner-Link, A. (2001). *Verhaltenstraining zur Streßbewältigung*. (3.Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York, Berlin, Heidelberg: Springer.
- Weiner, B. (1994). Sünde versus Krankheit: Die Entstehung einer Theorie wahrgenommener Verantwortlichkeit. In: Försterling, F., (Hrsg.), Stiensmeier-Pelster, J. *Attributionstheorie. Grundlagen und Anwendungen*. 1-25. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Weinmann, M., Bader, J.-P., Endrass, J., Hell, D. (2001). Sind Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen depressionsabhängig? – Eine Verlaufsuntersuchung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 153-158.
- Whisman, M. A. (2001). Depression and marital dissatisfaction. In: Beach, S. R. H. (Ed.). *Marital and Family Processes in Depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington: American Psychological Association.

- Wietersheim, J. v., Schneider, W., Kriebel, R., Tetzlaff, M. (2000). Entwicklung und erste Evaluierungen der Achse Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychodiagnostik*, 29, 109-116.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Soulsby, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Reduces Overgeneral Autobiographical Memory in Formerly Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- Wittchen, H., Müller, N., Schmidkunz, B., Winter, S., Pfister, H. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. *Fortschritte der Medizin im Original*, 118, 4-10.
- Wolfersdorf, M. (1992). Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Göttingen: Hogrefe.
- Wolfersdorf, M. (1995). Depressive Störungen. *Psychotherapeut*, (40), 330-347.
- Wolfersdorf, M., Heindl, A. (2003). Chronische Depression. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Wolfersdorf, M. (2000). Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2005). Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Jungfermann.
- Zenz, H., Bischoff, C., Fritz, J., Duvenhorst, W., Keller, K. (1989). Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt. In: Bischoff, C., Zenz, H. (Hrsg.). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. 148-160. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Zenz, H., Bischoff, C., Hrabal, V. (1996). Patiententheorienfragebogen (PATEF). Göttingen: Hogrefe.
- Zielke, M., Sturm, J. (Hrsg.). (1994). *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz.

---

# ANHANG

## Anhang A: Untersuchungsinstrumente

### A.1 Informationen für Partner und Angehörige

Sehr geehrte / sehr geehrter.....<sup>1</sup>

Ihr Partner/Ihre Partnerin<sup>2</sup>, der/die sich derzeit im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Behandlung befindet, hat uns das schriftliche Einverständnis gegeben, Sie anzusprechen und um Ihre Unterstützung bitten zu dürfen.<sup>3</sup>

Wie Sie vermutlich schon von Ihrer Partnerin/Ihrem Partner erfahren haben, führt die Fakultät für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin mit Einverständnis und Unterstützung des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge eine Befragung von Patienten und deren Angehörigen durch.

Das Ziel besteht darin, mehr über *Ihre persönlichen Belastungen und Wünsche* im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung zu erfahren, um die Behandlung von Patienten und die Betreuung ihrer Angehörigen weiter verbessern zu können.

Dazu brauchen wir Ihre Hilfe und Unterstützung!

Wenn Sie uns helfen können, werden wir einen –für Sie passenden - Termin vereinbaren.

Das persönliche Gespräch dauert nach unseren bisherigen Erfahrungen etwa eine Stunde. Im Anschluss daran werden wir Sie bitten, uns einige Fragen per Ankreuzen zu beantworten.

Alle Daten (einschließlich Ihr Name) werden sofort unkenntlich gemacht und nach Beendigung des Projektes vollständig gelöscht.

Sie sind *ausschließlich* der Untersuchungsleiterin und damit *keinem* weiteren Personen- oder Behandlerkreis zugänglich. Die gesamte Untersuchung unterliegt den strengen gesetzlichen Bestimmungen der Schweigepflicht (einschließlich gegenüber Ihrem/Ihrer Angehörigen!).

Wir freuen uns sehr, wenn Sie die Möglichkeit nutzen, etwas zur weiteren Verbesserung der Versorgungssituation beizutragen.

Mit freundlichen Grüßen

---

<sup>1</sup> Es wurden Exemplare für die männliche und weibliche Form der Anrede entwickelt.

<sup>2</sup> Diese Informationen wurden analog für Angehörige (keine Partnerschaft) formuliert

<sup>3</sup> Dieser Teil entfällt bei dem Informationsblatt für die Patienten

## A.2 Einverständniserklärung für Patienten und Angehörige

### **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mein Einverständnis, dass Frau Dipl.-Psych. Martina Clauser im Rahmen eines Forschungsprojektes der Humboldt-Universität zu Berlin Einsicht in meine Patientenakte nehmen darf.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Angehöriger/meine Angehörige ..... zu seinem/ihrer Umgang mit der Erkrankung befragt wird und Auskunft erteilen darf.<sup>1</sup>

Diese Informationen werden ausschließlich im Rahmen des Forschungsprojektes verwandt, sofort unkenntlich gemacht und nach Beendigung vollständig gelöscht. Sie sind somit keinem weiteren Personen- oder Behandlerkreis zugänglich und unterliegen ebenfalls den gesetzlichen Bestimmungen der Schweigepflicht.

Unterschrift Teilnehmer/Teilnehmerin

Unterschrift Forschungsbeauftragte

---

<sup>1</sup> Bei der Einverständniserklärung des Partners/der Partnerin oder der/des Angehörigen entfällt dieser Teil.

### A.3 Leitfaden für das strukturierte Interview für Patienten (einschließlich Screening-Fragebogen)

Geb.-Datum:

Code: (P-P).....

Dieses Interview verfolgt das Ziel, mehr über Ihre Belastungen im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Diagnose zu erfahren, um die Versorgung zu verbessern und Erkrankte und Angehörige wirkungsvoller unterstützen zu können.  
Überlegen Sie bitte *nicht*, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern wie es für **Sie persönlich** am ehesten zutrifft.  
**Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt !**  
**Die unterstützende Klinik erhält keine Auskunft über Ihre Angaben !**

#### Zur aktuellen Lebenssituation:

Alter: Familienstand: männl./weiblich

Berufsausbildung: Schulabschluss: Tätigkeit:

Kinder: Medikation:

Wir leben seit.....Jahren zusammen (verheiratet/ zusammenlebend/ getrennt lebend).

Ich bin das.....mal erkrankt. Dauer der Erkrankung: .....

Welche Ihnen bekannten psychischen Erkrankungen gab es in Ihrer Familie?

Wer war erkrankt?

- 
- 

Ich habe die Diagnose.....

(Zweitdiagnosen ?)

Die Diagnose wurde mir von.....mitgeteilt.

Da habe ich gedacht:.....

Welchen Begriff würden Sie selbst für Ihre Erkrankung wählen ?

Gab es aus Ihrer Sicht einen *konkreten Auslöser* für die Erkrankung ? Welchen ?

Was denken Sie, wie häufig diese Erkrankung ist?

- ( ) irgendwann einmal kann es jeden betreffen
- ( ) jeder 10. Mensch hat einmal so etwas
- ( ) jeder 100. Mensch hat einmal so etwas
- ( ) sehr selten

Was denken Sie, wie lange dauert diese Erkrankung etwa?

.....

Bitte kreuzen Sie das für Sie momentan am ehesten Zutreffende an,  
ohne lange darüber nachzudenken.

	trifft <u>sehr</u> zu	trifft <u>etwas</u> zu	trifft <u>kaum</u> zu	trifft <u>nicht</u> zu
1. Mein(e) Partner/Partnerin hat schon selbst unter psychischen Problemen gelitten				
2. Es gab/gibt noch andere psychische Probleme in meiner Familie				
3. Durch die Erkrankung hat sich in unserer Beziehung viel verändert				
4. Ich ärgere mich über Ratschläge von anderen				
5. Die genaue Bezeichnung der Erkrankung ist mir sehr wichtig				
6. Mit der Diagnose kann ich etwas anfangen				
7. Die Diagnose hilft mir im Umgang mit der Erkrankung				
8. Ich habe mich schon viel mit dem Krankheitsbild beschäftigt				
9. Ich weiss genau, was ich jetzt brauche				
10. Ich erhalte Unterstützung aus meinem Umfeld				
11. Ich glaube, dass sich mein Partner/Partnerin eher hilflos fühlt				
12. Ich glaube, dass mein(e) Partner/Partnerin mit der Diagnose gut umgehen kann				
13. Mein(e) Partner/Partnerin kann die Diagnose gut annehmen				
14. Ich denke, dass es einen konkreten Auslöser für die Erkrankung gibt				
15. Ich glaube, mein(e) Partner/Partnerin müsste sein/ihr Verhalten ändern				
16. Ich glaube, dass mein(e) Partner/Partnerin nicht richtig weiss, was er/sie tun soll				
17. Ich persönlich fühle mich eher hilflos				
18. Ich persönlich fühle mich eher hoffnungslos				
19. Ich schäme mich wegen der Erkrankung				
20. Ich fühle mich schuldig				
21. Ich befürchte, dass andere Leute jetzt schlecht über mich reden				
22. Ich finde, dass mehr für die Angehörigen getan werden sollte				
23. In unserer Familie ist die Erkrankung ein wichtiges Thema				
24. Ich befürchte, dass sich jetzt viele Leute von uns zurückziehen				
25. Ich glaube, dass eine Depression schnell vorbei geht				
26. Manchmal denke ich, dass mein(e) Partner/Partnerin mehr tun müsste				
27. Ich denke, dass allgemein zu wenig über Depressionen bekannt ist				
28. Ich glaube, dass viele Menschen denken, dass Depressive einfach faul sind				
29. Vielleicht hätte ich mich mehr anstrengen müssen				

	trifft <u>sehr</u> zu	trifft <u>etwas</u> zu	trifft <u>kaum</u> zu	trifft <u>nicht</u> zu
30. Ich habe im allgemeinen sehr hohe Ansprüche an mich selbst				
31. Vielleicht müsste mein(e) Partner/Partnerin mehr Forderungen an mich stellen				
32. Ich wünsche mir mehr Zärtlichkeiten				
33. Ich habe das Gefühl, dass mich mein(e) Partner/Partnerin sehr gut versteht				
34. Unsere Beziehung hat schon vieles ausgehalten				
35. Eine andere Diagnose wäre mir lieber				
36. Ich mache mir Sorgen, dass mein(e) Partner/Partnerin überfordert wird				
37. Manchmal denke ich, an Depressionen ist man selbst schuld				
38. Ich denke, unsere ganze Familie könnte Unterstützung brauchen				
39. Ich glaube, dass mein(e) Partner/Partnerin wenig darüber weiss, wie es mir geht				
40. Ich brauche etwas, was meinem Leben einen Sinn gibt				
41. Ich habe ein Problem damit, anderen Menschen die Diagnose mitzuteilen				
42. Ich habe in meinem Umfeld Menschen, mit denen ich darüber rede				
43. Ich finde es schwierig, meinem Partner/meiner Partnerin zu sagen, wie es mir geht				
44. Mir fällt es schwer, über meine Wünsche zu sprechen				
45. Ich habe bereits Beratungsangebote in Anspruch genommen				
46. Ich fühle mich oft von anderen wegen der Erkrankung abgelehnt				
47. Ich habe meinen Partner / meine Partnerin schon mit dieser Erkrankung kennen gelernt				
48. Ich schäme mich wegen einer psychiatrischen Erkrankung				
49. Ich ärgere mich oft über das Verhalten meines Partners / meiner Partnerin				
50. Ich ärgere mich oft über Äußerungen meines Partners/meiner Partnerin				
51. Eine körperliche Diagnose wäre mir viel lieber				

Ich glaube, die **Hauptursache(n)** der Erkrankung ist (sind):

( ) ich selbst

( ) äußere Umstände

( ) schicksalhafte Erkrankung

Was meint Ihr Arzt zu den genannten Ursachen ?

( ) wir haben darüber gesprochen

( ) teilweise stimmt er dem zu

( ) nein, er hat eine andere Meinung

( ) weiß nicht

Wie gut *fühlen* Sie sich über folgende Bereiche der Erkrankung informiert?

	sehr gut	gut	wenig	gar nicht
Diagnose				
Krankheitsursachen				
Verlauf der Erkrankung				
Nachbehandlung				
Behandlungsmöglichkeiten				
Angehörigenberatung				
Ziel der Behandlung				
Risiken / Nebenwirkungen				
Krankheitsbewältigung				

Welche Möglichkeiten zur Bewältigung halten Sie *persönlich* für hilfreich ?

	<u>sehr</u> hilf- reich	<u>etwas</u> hilf- reich	<u>kaum</u> hilf- reich	<u>nicht</u> hilf- reich
Gespräch mit behandelndem Arzt				
Gespräch mit Familienangehörigen				
Entspannungsverfahren				
Gespräch mit Freunden und Bekannten				
Bücher				
Internet				
Medikamente				
Gespräch mit Pflegepersonal				
Gespräch mit anderem Arzt				
Gespräch mit Psychologen				
Gespräch mit Sozialarbeiter				
Psychotherapie				
Gespräch mit Partner				
Selbsthilfegruppe				
Gespräch mit anderen Patienten				
Gruppentherapie				
Seelsorge, Pfarrer				
Viel Ruhe				
Bewegung				
Ergotherapie				
anderes				

Wie hoch schätzen Sie die **Übereinstimmung mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin** in diesen Fragen ein ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
niedrig										hoch

Wie hoch schätzen Sie **momentan Ihre** Möglichkeiten bei der Krankheitsbewältigung ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
niedrig										hoch

Wie hoch schätzen Sie **momentan** den Beitrag **Ihrer Partnerschaft** zur Krankheitsbewältigung ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
niedrig										hoch



Wie schätzen Sie **momentan** die **Bemühungen** Ihres Partners / Ihrer Partnerin bei der Krankheitsbewältigung ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
niedrig				mittel				hoch		

Wie schätzen Sie **momentan Ihren** empfundenen Ärger bezüglich der Erkrankung ein ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
niedrig				mittel				hoch		

Wie wichtig ist **für Sie** die Einstellung Ihres Partners/Ihrer Partnerin zu den Therapiemaßnahmen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
niedrig				mittel				hoch		

Gibt es Situationen, in denen Sie Ärger auf Ihren Partner / Partnerin empfinden? Welche ?

- 
- 
- 

Ich glaube, **mein Partner/meine Partnerin** sieht die Hauptursache(n) der Erkrankung in:

- ( ) mir selbst
- ( ) äußeren Umständen
- ( ) schicksalhafter Erkrankung

Was glauben Sie, worin sehen die meisten Menschen die Hauptursache?

- ( ) in dem Erkrankten selbst
- ( ) in äußeren Umständen
- ( ) in schicksalhafter Erkrankung

Hat sich Ihre Sicht auf die *Ursachen* über die Zeit verändert? Wenn ja, wie ?

.....

.....

Meine größten Ängste bezüglich der Erkrankung sind:

- 
- 

Mit diesen Menschen kann ich über die Erkrankung und mein eigenes Befinden sprechen:

- 
- 

Was hat sich aus Ihrer Sicht in Ihrer *Beziehung* verändert?

(Was hat sich *verschlechtert*? Gibt es etwas, was sich *verbessert* hat?)

- 
- 
-

Mein Partner/meine Partnerin könnte mir helfen, indem er/sie.....  
.....

Ich würde mir wünschen, dass mein Partner / meine Partnerin...

- 
- 
- 
- 

Was glauben Sie, sollte Ihr Partner/Ihre Partnerin **mehr** tun, damit es Ihnen besser geht?

- 
- 
- 

Was glauben Sie, sollte Ihr Partner/Ihre Partnerin **weniger** tun, damit es Ihnen besser geht?

- 
- 
- 

Was hat Ihr Partner/Ihre Partnerin bisher alles versucht, damit es *Ihnen* besser geht?  
(Was war hilfreich?)

- 
- 
- 
- 

Wie hoch schätzen Sie den **Anteil Ihres Partners/Ihrer Partnerin** („Verschulden“) bei der Krankheitsentstehung ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
niedrig				mittel				hoch		

Wie hoch schätzen Sie **Ihren Anteil** („eigenes Verschulden“) bei der Krankheitsentstehung ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
niedrig				mittel				hoch		

Die **Ziele der Behandlung** sehe ich **persönlich** darin, dass.....

- **kurzfristig:**
- 
- **langfristig:**
- 

Was tun Sie selbst, damit Sie mit der Situation umgehen können?  
(Was ist *hilfreich*? Was war / ist eher *unwirksam*?)

- 
- 

Was bräuchte Ihr Partner / Ihre Partnerin aus *Ihrer Sicht* zur Krankheitsbewältigung?

- 
- 
- 
-

Ich mache mir Sorgen darüber, dass.....

- 
- 
- 
- 

Ich glaube, dass die *Stärke unserer Familie* darin liegt, dass.....

In unserer Familie bin ich Diejenige/Derjenige, der/die.....

In unserer Familie ist mein Partner / meine Partnerin Derjenige/Diejenige, der/die.....

Was könnten Sie sich vorstellen, veranlasst Ihren Partner / Ihre Partnerin /andere Menschen, Ihnen zu helfen oder Sie zu unterstützen? Woran könnten Andere merken, dass es Ihnen nicht gut geht?

- 
- 
- 

Ich persönlich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue:

- 
- 
- 

In schwierigen Situationen denke ich gern an Fähigkeiten, die ich habe oder an die ich mich gern erinnere. Welche ?

- 
- 
- 

Persönliche Anmerkungen:

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

---

<sup>1</sup>Dieses Exemplar ist für Patienten konzipiert, die mit einem Partner zusammenleben.

Analog gibt es ein Exemplar für PartnerInnen, die über ihre Beziehung zu ihrem Partner/ ihrer Partnerin befragt werden.

Bei der Befragung von Angehörigen zu ihrer Beziehung zu einem Patienten, wird der Begriff „Partner/Partnerin“ dann durch den Begriff „Angehörige/Angehöriger“ ersetzt.

#### A.4 Modifizierte Instruktionen für die Bearbeitung des FAMOS (Selbst- und Fremdbeurteilung für Patienten und Partner)

##### Instruktion für die Selbsteinschätzung aller Versuchspersonen

**Anleitung:**

Sie finden nachstehend eine Liste von Sachverhalten, welche man in unterschiedlichem Maße **positiv empfinden kann** und **anstreben** möchte (Teil 1) und Sachverhalten, die man **negativ empfinden kann** und lieber **vermeiden** möchte (Teil 2).

Bitte lesen Sie jede Formulierung sorgfältig durch und schätzen Sie **sich selbst** auf der jeweiligen Skala ein.

Überlegen Sie nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es auf **Sie persönlich** zutrifft.

Bitte lassen Sie keine Zeile aus.

**Alle Antworten werden streng vertraulich behandelt!**

**Beispiel**

Frage: Wie wichtig ist es für Sie, „**sich selbst zu beherrschen**“, unabhängig davon, ob es momentan für Sie realisierbar ist oder ob Sie es schon erreicht haben?

Wenn bei Ihnen als Antwort auf die Frage am besten „**ziemlich wichtig**“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen (hier: Kästchen 4) an!

##### Instruktion für die Fremdeinschätzung des Partners / der Partnerin<sup>1</sup>

**Anleitung:**

Sie finden nachstehend eine Liste von Sachverhalten, welche man in unterschiedlichem Maße **anstreben** kann (Teil 1) und Sachverhalten, die man lieber **vermeiden** möchte (Teil 2).

Bitte lesen Sie jede Formulierung sorgfältig durch und schätzen Sie **Ihren Partner / Ihre Partnerin** auf der jeweiligen Skala ein.

Überlegen Sie nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es **Ihrer Meinung nach** auf Ihre Partnerin / Ihren Partner zutrifft.

Wenn Sie schwanken zwischen dem, was Ihr Partner / Ihre Partnerin sagt, und dem, was Sie vermuten, entscheiden Sie sich bitte für Ihre persönliche Wahrnehmung.

Bitte lassen Sie keine Zeile aus.

**Alle Antworten werden streng vertraulich behandelt!**

---

<sup>1</sup> Analog gibt es ein Exemplar, in dem die Bezeichnung „Partner/Partnerin“ durch die die Bezeichnung „Angehörige / Angehöriger“ ersetzt werden kann.

11.5 Partnerschaftsfragebogen (PFB) (Zusatz- Item für die Globalbeurteilung<sup>1</sup>)

Code:

PFB (Beziehung)

Im Folgenden sind eine Reihe von Verhaltensweisen aufgeführt, die möglicherweise in Ihrer Partnerschaft auftreten. Diese Verhaltensweisen können von Ihrem Partner oder von Ihnen beiden gezeigt werden....

**Bitte hier anfangen:**

	nie	selten	oft	sehr oft
1.) Er/sie wirft mir Fehler vor, die ich in der Vergangenheit gemacht habe.	0	1	2	3
2.) Sie streichelt mich während des Vorspiels so, dass ich sexuell erregt werde.	0	1	2	3
3.) Ich merke, dass sie mich körperlich attraktiv findet.	0	1	2	3
4.) Er/sie sagt mir, dass er/sie zufrieden ist, wenn er/sie mit mir zusammen ist.	0	1	2	3
5.) Vor dem Einschlafen schmiegen wir uns im Bett aneinander.	0	1	2	3
6.) Er/sie bricht über eine Kleinigkeit einen Streit vom Zaun.	0	1	2	3
7.) Er/sie teilt mir seine/ihre Gedanken und Gefühle offen mit.	0	1	2	3
8.) Wenn wir uns streiten, beschimpft er/sie mich.	0	1	2	3
9.) Er/sie reagiert positiv auf meine Wünsche.	0	1	2	3
10.) Wir schmieden gemeinsame Zukunftspläne.	0	1	2	3
11.) Wenn er/sie etwas aus seiner (Arbeits-) welt erzählt, möchte er/sie meine Meinung dazu hören.	0	1	2	3
12.) Wir planen gemeinsam, wie wir das Wochenende verbringen wollen.	0	1	2	3
13.) Sie berührt mich zärtlich, und ich empfinde es als angenehm.	0	1	2	3
14.) Er/sie macht mir ein ernst gemeintes Kompliment über mein Aussehen.	0	1	2	3
15.) Er/sie bespricht Dinge aus seinem/ihrer Berufsleben mit mir.	0	1	2	3
16.) Er/sie bemüht sich, sich meine Wünsche zu merken, und erfüllt sie bei passender Gelegenheit.	0	1	2	3
17.) Er/sie kritisiert mich in einer sarkastischen Art und Weise.	0	1	2	3
18.) Er/sie äußert sich abfällig über eine von mir geäußerte Meinung.	0	1	2	3
19.) Wenn er /sie mich offensichtlich falsch behandelt hat, entschuldigt er/sie sich später bei mir.	0	1	2	3
20.) Wir unterhalten uns normalerweise mindestens eine halbe Stunde miteinander.	0	1	2	3
21.) Wenn wir uns streiten, können wir nie ein Ende finden.	0	1	2	3
22.) Er/sie gibt mir die Schuld, wenn etwas schief gegangen ist.	0	1	2	3
23.) Er/sie nimmt mich in den Arm.	0	1	2	3
24.) Während eines Streits schreit er/sie mich an.	0	1	2	3
25.) Er/sie fragt mich oft, was ich den Tag über gemacht habe.	0	1	2	3

<sup>1</sup> Das Zusatz-Item ergibt sich aus der Fragestellung nach der Veränderung der Beziehung durch die Erkrankung (Zufriedenheit „im Augenblick“ und „vor der Erkrankung“)

	nie	selten	oft	sehr oft
26.) Wenn wir uns streiten, verdreht er/sie meine Aussage ins Gegenteil.	0	1	2	3
27.) Er/sie spricht mit mir über seine/ihre sexuellen Wünsche.	0	1	2	3
28.) Sie streichelt mich zärtlich.	0	1	2	3
29.) Er/sie sagt mir, dass er/sie mich gerne hat.	0	1	2	3
30.) Er/sie schränkt mich in meiner persönlichen Freiheit ein.	0	1	2	3

31.) Wie glücklich / zufrieden würden Sie die Beziehung zu Ihrem Angehörigen/  
Ihrer Angehörigen **im Augenblick** einschätzen?

- ☐ 0 sehr unglücklich / sehr unzufrieden
- ☐ 1 unglücklich / unzufrieden
- ☐ 2 eher unglücklich / eher unzufrieden
- ☐ 3 eher glücklich / eher zufrieden
- ☐ 4 glücklich / zufrieden
- ☐ 5 sehr glücklich / sehr zufrieden

32.) Wie glücklich / zufrieden würden Sie die Beziehung zu Ihrem Angehörigen /  
Ihrer Angehörigen **vor der Erkrankung** einschätzen?

- ☐ 0 sehr unglücklich / sehr unzufrieden
- ☐ 1 unglücklich / unzufrieden
- ☐ 2 eher unglücklich / eher unzufrieden
- ☐ 3 eher glücklich / eher zufrieden
- ☐ 4 glücklich / zufrieden
- ☐ 5 sehr glücklich / sehr zufrieden

## A.6 Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen (modifiziert) zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die Ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden betreffen.

Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Ausmaß die Aussage mit Ihrer persönlichen Meinung übereinstimmt oder nicht auf Sie zutrifft. Sie haben dabei sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten.

Überlegen Sie bitte bei den einzelnen Sätzen nicht zu lange und lassen Sie bitte keinen Satz aus.

	trifft <u>sehr</u> zu	trifft zu	trifft <u>etwas</u> zu	trifft <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	trifft <u>nicht</u> zu	trifft <u>gar</u> <u>nicht</u> zu
(1) Wenn ich mich körperlich/seelisch nicht wohl fühle, habe ich mir das selbst zuzuschreiben.	6	5	4	3	2	1
(2) Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf.	6	5	4	3	2	1
(3) Ob meine Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab.	6	5	4	3	2	1
(4) Wenn ich mich körperlich/seelisch wohl fühle, dann verdanke ich das vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer.	6	5	4	3	2	1
(5) Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepasst.	6	5	4	3	2	1
(6) Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat.	6	5	4	3	2	1
(7) Körperliche/Seelische Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen: Wenn ich Pech habe, sind sie plötzlich da.	6	5	4	3	2	1
(8) Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden.	6	5	4	3	2	1
(9) Wenn es das Schicksal so will, bekomme ich körperliche/seelische Beschwerden.	6	5	4	3	2	1
(10) Wenn bei mir seelische Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen.	6	5	4	3	2	1
(11) Ob es mir gut geht oder nicht, läßt sich nicht beeinflussen	6	5	4	3	2	1
(12) Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden.	6	5	4	3	2	1
(13) Ob seelische Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht.	6	5	4	3	2	1
(14) Ich kann seelische Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse.	6	5	4	3	2	1
(15) Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine körperlichen/ seelischen Beschwerden wieder verschwinden.	6	5	4	3	2	1
(16) Wenn ich genügend über mich weiß, kann ich mir bei Beschwerden selbst helfen.	6	5	4	3	2	1

	trifft <u>sehr</u> zu	trifft zu	trifft <u>etwas</u> zu	trifft <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	trifft <u>nicht</u> zu	trifft <u>gar</u> <u>nicht</u> zu
(17) Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, dass ich mir selbst helfen kann.	6	5	4	3	2	1
(18) Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen.	6	5	4	3	2	1
(19) Ich bin der Meinung, dass Glück und Zufall eine große Rolle für mein Befinden spielen.	6	5	4	3	2	1
(20) Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt.	6	5	4	3	2	1
(21) Es liegt an mir, mich vor körperlichen/seelischen Beschwerden zu schützen.	6	5	4	3	2	1

An welche Beschwerden haben Sie gedacht, als Sie den Fragebogen ausfüllten?

---



---

#### A.7 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (modifiziert)

##### FKV-LIS-SE (Selbsteinschätzung der Patienten und der Partner)

Im folgenden Fragebogen geht es darum, genauer zu erfahren, wie Sie in der Zeit nach der Erkrankung Ihres Partners/Ihrer Partnerin mit **sich** umgegangen sind, was Sie im Zusammenhang damit gedacht, gefühlt und getan haben und wieweit Ihnen dies geholfen hat, um mit Ihrer Situation fertig zu werden.

Wir wissen aus Gesprächen mit vielen Patienten und deren Partnern, dass es sehr verschiedene, sich zum Teil auch widersprechende, manchmal auch sehr rasch wechselnde Gefühle, Gedanken und Handlungen sein können, die im Umgang mit einer Erkrankung auftreten.

Sie finden im Folgenden eine Reihe von Aussagen bzw. Begriffen, wie sie solchen Äußerungen entsprechen; und wir bitten Sie einzuschätzen, wie stark die jeweilige Aussage für Sie persönlich und Ihre Situation in der vergangenen Zeit zutrifft.



Bitte kreuzen Sie für jeden der folgenden Begriffe an, wie stark er für Ihre –oben beschriebene- Situation zutrifft.

	gar nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr stark
1. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	1	2	3	4	5
2. Nicht-wahrhaben-Wollen des Geschehenen	1	2	3	4	5
3. Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	1	2	3	4	5
4. Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	1	2	3	4	5
5. Sich selbst die Schuld geben	1	2	3	4	5
6. Andere verantwortlich machen	1	2	3	4	5
7. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	1	2	3	4	5
8. Einen Plan machen und danach handeln	1	2	3	4	5
9. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	1	2	3	4	5
10. Gefühle nach außen zeigen	1	2	3	4	5
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	1	2	3	4	5
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	1	2	3	4	5
13. Sich mehr gönnen	1	2	3	4	5
14. Sich vornehmen intensiver zu leben	1	2	3	4	5
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	1	2	3	4	5
16. Sich selbst bemitleiden	1	2	3	4	5
17. Sich selbst Mut machen	1	2	3	4	5
18. Erfolge und Selbstbestätigung suchen	1	2	3	4	5
19. Sich abzulenken versuchen	1	2	3	4	5
20. Abstand zu gewinnen versuchen	1	2	3	4	5
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen	1	2	3	4	5
22. Ins Grübeln kommen	1	2	3	4	5
23. Trost im religiösen Glauben suchen	1	2	3	4	5
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	1	2	3	4	5
25. Sich damit trösten, dass es andere noch Schlimmer getroffen hat	1	2	3	4	5
26. Mit dem Schicksal hadern	1	2	3	4	5
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen	1	2	3	4	5
28. Vertrauen in die Ärzte setzen	1	2	3	4	5

	gar nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr stark
29. Den Ärzten misstrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	1	2	3	4	5
30. Anderen Gutes tun wollen	1	2	3	4	5
31. Galgenhumor entwickeln	1	2	3	4	5
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen	1	2	3	4	5
33. Sich gerne umsorgen lassen	1	2	3	4	5
34. Sich von anderen Menschen zurückziehen	1	2	3	4	5
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	1	2	3	4	5

Was hat Ihnen bisher am **meisten geholfen**, um damit fertig zu werden?

Bitte tragen Sie die Nummern der entsprechenden Begriffe ein (nach der Reihenfolge ihrer Bedeutung für Sie persönlich, d.h. auf **Platz 1** das, was Ihnen am meisten geholfen hat, usw.):

1. Nr. \_\_\_\_\_ 2. Nr. \_\_\_\_\_ 3. Nr. \_\_\_\_\_

#### A.8 Patiententheorienfragebogen (PATEF) - Itemauswahl mit modifizierter Anleitung für Partner<sup>1</sup>

##### Anleitung:

Ihre Partnerin hat Beschwerden. Sicherlich machen Sie sich darüber Gedanken, was die **jetzigen Beschwerden Ihrer Partnerin/Partner** hervorruft. In diesem Fragebogen sind eine Anzahl von möglichen Krankheitsursachen aufgeführt.

Hinter jeder Krankheitsursache stehen *rechts* 5 Kästchen. Diese Kästchen sind überschrieben mit „sicher nicht“, „wenig wahrscheinlich“, „möglich“, „sehr wahrscheinlich“, „ganz sicher“.

Machen Sie bitte ein Kreuz in das Kästchen, das Ihrem Urteil entspricht.

Kreuzen Sie bitte das erste Kästchen „sicher nicht“ an, wenn der Sachverhalt aus Ihrer Sicht als Ursache für die jetzigen Beschwerden **Ihrer Partnerin/Partner** auf keinen Fall in Betracht kommt. Halten Sie den Sachverhalt „wenig wahrscheinlich“ für die Ursache der derzeitigen Beschwerden, sollten Sie das zweite Kästchen ankreuzen. Halten Sie es für „möglich“, dass der Sachverhalt Ursache der Beschwerden ist, kommt Ihr Kreuz in das dritte Kästchen. Ein Kreuz kommt in das vierte Kästchen, wenn Sie es für „sehr wahrscheinlich“ halten, dass der Sachverhalt die derzeitigen Beschwerden Ihrer Partnerin/Partners verursacht hat. Ist der Sachverhalt „ganz sicher“ aus Ihrer Sicht Ursache der Beschwerden Ihrer Partnerin/Partners, kreuzen Sie bitte das fünfte Kästchen an.

<sup>1</sup> Die Patienten werden nach ihren eigenen Krankheitstheorien befragt, analog des PATEF

Denken Sie bitte daran, dass es darauf ankommt, welche Erklärung **Sie persönlich** für die **jetzigen Beschwerden Ihrer Partnerin/Ihres Partners** haben.

Könnten die Beschwerden Ihrer Partnerin/Ihres Partners dadurch verursacht werden, dass....	sicher nicht	wenig wahrscheinlich	möglich	sehr wahrscheinlich	ganz sicher
1)...sie/er sich zu wenig Ruhe gönnt?	0	1	2	3	4
2)...ihre/seine Mitmenschen sie/ihn nicht verstehen oder ernst nehmen?	0	1	2	3	4
3)...sie/er das örtliche Klima nicht verträgt?	0	1	2	3	4
4)...sie/er manchmal nicht genug Willenskraft aufgebracht hat	0	1	2	3	4
5)...sie/er in letzter Zeit zu oft den Schlaf vernachlässigt hat?	0	1	2	3	4
6)...sie/er Lärmbelästigung...ausgesetzt ist?	0	1	2	3	4
7)...sie/er andauernd ohne ersichtlichen Grund erschöpft ist?	0	1	2	3	4
8)...sie/er einen schwachen Kreislauf hat?	0	1	2	3	4
9)...sie/er sich häufig Selbstvorwürfe macht?	0	1	2	3	4
10)...sie/er mit ihren Problemen nicht fertig wird?	0	1	2	3	4
11)...sie/er etwas gegessen /getrunken hat, was sie nicht verträgt?	0	1	2	3	4
12)...sie/er mit ihren Lebensbedingungen unzufrieden ist?	0	1	2	3	4
13)...sie/er zu schlecht schläft?	0	1	2	3	4
14)...sie/er Ängste hat, die sie nicht überwinden kann?	0	1	2	3	4
15)...sie/er unangenehme Dinge nicht verarbeiten kann?	0	1	2	3	4
16)sie/er sich aus Bequemlichkeit zu sehr gehen ließ oder gehen lässt?	0	1	2	3	4
17)...sie/er Krankheitszeichen nicht wahrhaben wollte?	0	1	2	3	4
18)...ihr/ihm Personen, die ihr/ihm nahe stehen, Sorgen machen?	0	1	2	3	4
19)...sie/er zu wenig an die frische Luft geht	0	1	2	3	4
20)...sie/er häufig in niedergeschlagene Stimmung gerät?	0	1	2	3	4
21)...sie/er unangenehme Dinge auf die lange Bank schiebt	0	1	2	3	4
22)...Personen, die ihr/ihm viel bedeuten, sie/ihn enttäuscht haben?	0	1	2	3	4
23)sie/er sich in die allgemeine Hetze des heutigen Lebens einlässt?	0	1	2	3	4
24)...bei ihr/ihm eine gesundheitliche Anfälligkeit vererbt ist?	0	1	2	3	4
25)...sie/er sich irgendwo angesteckt hat?	0	1	2	3	4
26)...ihre/seine Beschwerden durch Wetterwechsel ausgelöst werden?	0	1	2	3	4
27)...sie/er Gefühle von Minderwertigkeit hat?	0	1	2	3	4
28)...sich ihr/sein Körper von einer Verletzung/Unfall nicht erholt hat?	0	1	2	3	4

## A.9 Inventar interpersonaler Probleme (IIP-D) – Itemauswahl

**Anleitung:**

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellen oder darstellten und zwar bezogen auf eine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielt/spielte.

Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

**TEIL I. Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen  
schwierig sein**

Es fällt mir schwer.....	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
1. anderen Menschen zu vertrauen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3. mich Gruppen anzuschließen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5. andere wissen zu lassen, was ich will	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
6. jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
7. mich fremden Menschen vorzustellen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
10. andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
14. mit anderen etwas zu unternehmen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
16. mit anderen zurechtzukommen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

**TEIL II. Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.**

	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
40. Ich streite mich zu viel mit anderen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
43. Ich öffne mich anderen zu sehr	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
44. Ich bin zu unabhängig	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
47. Ich spiele zu oft den Clown	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
48. Ich lege zu viel Wert darauf, beachtet zu werden	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
49. Ich vertraue anderen zu leicht	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
53. Ich bin zu leichtgläubig	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
55. Ich habe vor anderen zu viel Angst	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
56. Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
59. Ich streite zu oft mit anderen	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

**Vielen Dank !**

## Anhang B: Beschreibung der Untersuchungsstichprobe

Tabelle B. 1: Soziodemografische Beschreibung der Geschlechtergruppen

	PatientInnen (n=46)				PartnerInnen (n=46)			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	N	(%)*	N	(%)*	N	(%)*	N	(%)*
Geschlechterverteilung	12	(26,1)	34	(73,9)	34	(73,9)	12	(26,1)
Alter	MW=48,83 SD=7,650 Min=40; Max=68		MW=43,74 SD=7,581 Min=23 Max=57		MW=47,41 SD=8,239 Min=26 Max=69		MW=44,25 SD=7,448 Min=32 Max=60	
Familienstand (aktuell)								
zusammen lebend	3	(25,0)	11	(32,4)	11	(32,4)	3	(25,0)
nicht gemeinsam lebend	-	-	2	(5,9)	2	(5,9)	-	-
verheiratet	9	(75,0)	21	(61,8)	21	(61,8)	9	(75,0)
Familienstand (früher)								
verheiratet	8	(66,7)	10	(29,4)	8	(23,5)	8	(66,7)
geschieden	3	(25,0)	21	(61,8)	20	(58,8)	3	(25,0)
zusammen lebend	-	-	-	-	2	(5,9)	-	-
ledig	1	(2,2)	2	(5,9)	3	(8,8)	1	(8,3)
verwitwet	-	-	1	(2,9)	1	(2,9)	-	-
Kinder (Anzahl)								
Keine Kinder	-	-	5	(14,7)	6	(17,6)	-	-
1 Kind	3	(25,0)	16	(47,1)	14	(41,2)	5	(41,7)
2 Kinder	6	(50,0)	10	(29,4)	12	(35,3)	6	(50,0)
3 Kinder	3	(25,0)	2	(5,9)	1	(2,9)	1	(8,3)
4 Kinder	-	-	1	(2,9)	1	(2,9)	-	-
Dauer der Beziehung	MW=17,83 SD=10,434 Min=6; Max=43		MW=10,85 SD=8,784 Min=1 Max=37		MW=10,85 SD=8,784 Min=1 Max=37		MW=17,83 SD=10,434 Min=6 Max=43	
Schulbildung								
8.Klasse	1	(8,3)	2	(5,9)	-	-	-	-
10.Klasse	4	(33,3)	30	(88,2)	26	(76,5)	7	(58,3)
Abitur	7	(58,3)	2	(5,9)	8	(23,5)	5	(41,7)
Fortgesetzte Ausbildung								
keine	1	(8,3)	1	(2,9)	-	-	-	-
Lehrausbildung	2	(16,7)	25	(73,5)	22	(64,7)	5	(41,7)
Fach(hoch)schule	4	(33,3)	7	(20,6)	9	(26,5)	4	(33,3)
Hochschule	3	(25,0)	1	(2,9)	3	(8,8)	3	(25,0)
Promotion	2	(16,7)	-	-	-	-	-	-
Rentenstatus								
Altersrente	1	(8,3)	-	-	2	(5,9)	-	-
EU-/BU-Rente	1	(8,3)	4	(11,8)	4	(11,8)	-	-
Keine Rente	10	(83,3)	28	(82,4)	27	(79,4)	12	(100,0)
Rentantrag gestellt	-	-	2	(5,9)	-	-	-	-
Teilrente	-	-	-	-	1	(2,9)	-	-

\* Prozentangaben beziehen sich auf die Geschlechtergruppen

Tabelle B. 2: Geschlechterverteilung der Drittdiagnose in der Patientenstichprobe (ICD-10)

ICD-10		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Bipolar, ggw. schwere depressive Episode (F31.4)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	0 ,0% ,0%	2 100,0% 5,9%	2 100,0% 4,3%
Alkoholabhängigkeit, ggw. abstinent (F10.2)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	2 100,0% 16,7%	0 ,0% ,0%	2 100,0% 4,3%
Schizoaffektive Störung, ggw. depressiv (F25.1)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	0 ,0% ,0%	1 100,0% 2,9%	1 100,0% 2,2%
Dysthymia (F34.1)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	0 ,0% ,0%	6 100,0% 17,6%	6 100,0% 13,0%
Panikstörung (F41.0)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	0 ,0% ,0%	1 100,0% 2,9%	1 100,0% 2,2%
Anpassungsstörung (F43.2)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	0 ,0% ,0%	1 100,0% 2,9%	1 100,0% 2,2%
Somatisierungsstörung (F45.0)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	3 60,0% 25,0%	2 40,0% 5,9%	5 100,0% 10,9%
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.32)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	0 ,0% ,0%	1 100,0% 2,9%	1 100,0% 2,2%
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	2 40,0% 16,7%	3 60,0% 8,8%	5 100,0% 10,9%
Neurasthenie (F48.8)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	1 100,0% 8,3%	0 ,0% ,0%	1 100,0% 2,2%
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60,3)	Häufigkeit % der Diagnose % Geschlecht	1 100,0% 8,3%	0 ,0% ,0%	1 100,0% 2,2%

Tabelle B. 3: Geschlechterverteilung der krankheitsspezifischen Parameter (Patienten)

Patienten (n=46)		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Aufenthaltsdauer bei Befragung (Tage)	Mittelwert	25,25	25,50	25,43
	Anzahl	12	34	46
	Std.abweichung	8,688	9,677	9,335
	Median	28,00	24,00	25,25
	Spannweite	25	45	46
	Minimum	10	11	10
	Maximum	35	46	56
Becks Depressions Inventar (BDI)	Mittelwert	20,67	28,65	26,57
	Anzahl	12	34	46
	Std.abweichung	5,382	8,612	8,604
	Median	19,00	25,00	24,00
	Spannweite	19	32	34
	Minimum	16	18	16
	Maximum	35	50	50
HAMD-Hamilton (Fremdeinschätzung)	Mittelwert	20,00	25,38	23,98
	Anzahl	12	34	46
	Std.abweichung	5,608	5,587	6,024
	Median	20,00	26,00	24,50
	Spannweite	20	27	33
	Minimum	10	16	10
	Maximum	30	43	43
Dauer der Erkrankung (Jahre)	Mittelwert	2,67	5,88	5,04
	Anzahl	12	34	46
	Std.abweichung	2,640	4,650	4,427
	Median	2,00	4,00	3,00
	Spannweite	9	15	15
	Minimum	1	1	1
	Maximum	10	16	16

Tabelle B. 4: Diagnosenzahl (nach ICD-10) der Patientenstichprobe (n=46)

Patienten (n=46)		Diagnosenzahl (psychische Erkrankung)			
		1	2	3	4
<b>männlich</b>	Häufigkeit	3	5	2	2
	% von Geschlecht	25,0%	41,7%	16,7%	16,7%
	%Diagnosenzahl	16,7%	35,7%	18,2%	66,7%
	% gesamt	6,5%	10,9%	4,3%	4,3%
<b>weiblich</b>	Häufigkeit	15	9	9	1
	% von Geschlecht	44,1%	26,5%	26,5%	2,9%
	%Diagnosenzahl	83,3%	64,3%	81,8%	33,3%
	% gesamt	32,6%	19,6%	19,6%	2,2%
<b>Gesamt</b>	Häufigkeit	18	14	11	3
	% von Geschlecht	39,1%	30,4%	23,9%	6,5%



Tabelle B. 5: Geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeit in der Patientenstichprobe

Häufigkeit		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
<b>1</b>	Häufigkeit	5	3	8
	% Geschlecht	41,7%	8,8%	17,4%
<b>2</b>	Häufigkeit	4	16	20
	% Geschlecht	33,3%	47,1%	43,5%
<b>3</b>	Häufigkeit	3	11	14
	% Geschlecht	25,0%	32,4%	30,4%
<b>4</b>	Häufigkeit	0	2	2
	% Geschlecht	,0%	5,9%	4,3%
<b>10</b>	Häufigkeit	0	1	1
	% Geschlecht	,0%	2,9%	2,2%
<b>Gesamt</b>	Anzahl	12	34	46

Tabelle B. 6: Diagnostische Zuordnung der Patienten, die eine Untersuchung ablehnten

Diagnosen nach ICD-10		Häufigkeit	Prozent	Gültige %
F33.2	rez. depressiv, ggw. schwer	11	35,5	42,3
F32.2	schwere depressive Episode	6	19,4	23,1
F31.4	bipolar, ggw. schwer depressiv	4	12,9	15,4
F33.3	rez. depressiv, ggw. schwer mit psychotischen Symptomen	3	9,7	11,5
F31.0	bipolar, ggw. hypomanisch	1	3,2	3,8
F33.1	rez. depressiv, ggw. mittelgradig	1	3,2	3,8
Gesamt		<b>26</b>	83,9	100,0
Fehlend		5	16,1	
<b>Gesamt</b>		<b>31</b>	100,0	

## Anhang C: Darstellung der Ergebnisse

### C.1 Fragestellung 1:

#### C.1.1 Wissen und Bedeutung der Diagnose „Depression“ für Patienten und Partner

**Tabelle C.1. 1: „Wer hat Ihnen die Diagnose mitgeteilt?“**

	Patienten (n=46)			Partner (n=46)		
	N	Status	Gesamt	N	Status	Gesamt
Allgemeinarzt/Hausarzt	5	10,9%	5,4%	1	2,2%	1,1%
Psychiater	13	28,3%	14,1%	4	8,7%	4,3%
Psychotherapeut	2	4,3%	2,2%	0	,0%	,0%
Krankenhausarzt	14	30,4%	15,2%	5	10,9%	5,4%
Neurologe	9	19,6%	9,8%	1	2,2%	1,1%
Patientin	0	,0%	,0%	34	73,9%	37,0%
Psychologin	1	2,2%	1,1%	0	,0%	,0%
keine Mitteilung	2	4,3%	2,2%	1	2,2%	1,1%

**Tabelle C.1. 2: Erste Reaktion (Gedanken) nach der Mitteilung einer psychischen Erkrankung**

	Patient		Partner		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
keine Angabe/weiss nicht	1	2,2%	1	2,2%	2	2,2%
kann es nicht glauben	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
Woher kommt denn das?	0	,0%	3	6,5%	3	3,3%
kein Problem, weil selbst erkrankt	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
schon erwartet	8	17,4%	4	8,7%	12	13,0%
diese Diagnose ist falsch	3	6,5%	0	,0%	3	3,3%
warum schon wieder?	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
schön, dass es greifbar ist	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
Ist das eine Krankheit?	0	,0%	3	6,5%	3	3,3%
nicht wahrhaben wollen	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
die wollen mir etwas einreden	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
es ist unfassbar	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
war mir egal	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
konnte nichts damit anfangen	0	,0%	2	4,3%	2	2,2%
ich habe Depressionen	2	4,3%	0	,0%	2	2,2%
ich denke mir das selbst	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
das liegt bestimmt in der Familie	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
habe Angst bekommen	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
habe es schon gewusst	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
habe es mir schon gedacht	1	2,2%	1	2,2%	2	2,2%
habe es wie Alibi empfunden	0	,0%	2	4,3%	2	2,2%
erleichtert, dass ich "krank" bin	2	4,3%	0	,0%	2	2,2%

Tabelle C. 1.2: Erste Reaktion (Gedanken) nach der Mitteilung einer psychischen Erkrankung (*Fortsetzung*)

	Patient		Partner		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
konnte mir das vorher nicht so vorstellen	0	,0%	2	4,3%	2	2,2%
ich bin nicht psychisch krank	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
endlich hat jemand die Ursache für seine Beschwerden gefunden	0	,0%	3	6,5%	3	3,3%
Erleichterung wegen klarer Diagnose	3	6,5%	0	,0%	3	3,3%
war enttäuscht	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
nun hat es mich auch erwischt	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
kenne ich schon aus meiner Familie	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
schwer als Krankheit vorstellbar	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
ich hätte gern etwas Anderes	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
das ist nichts Besonderes	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
ist keine genaue Beschreibung	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
das ist furchtbar für meine Frau	0	,0%	2	4,3%	2	2,2%
habe schon immer gespürt, dass ich nicht normal bin	2	4,3%	0	,0%	2	2,2%
Warum ausgerechnet wir?	0	,0%	2	4,3%	2	2,2%
ich muss mich einfach mehr anstrengen	2	4,3%	0	,0%	2	2,2%
ja, das halte ich für möglich	0	,0%	2	4,3%	2	2,2%
"ein Unglück kommt selten allein"	2	4,3%	0	,0%	2	2,2%
habe es nicht für voll genommen	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
das hätte ich nicht gedacht	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
das wird bestimmt nicht wieder gut	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
habe es gar nicht gemerkt	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
würde es gern genau wissen	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
jetzt habe ich auch so etwas	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
sie muss sich eben ausruhen	0	,0%	2	4,3%	2	2,2%
wollte eigentlich nicht mehr leben	2	4,3%	0	,0%	2	2,2%
keine Vorstellung davon	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
wie man das nennt ist mir egal	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
das ist doch nur eine Phase	0	,0%	2	4,3%	2	2,2%
hoffentlich geht das schnell vorbei	2	4,3%	0	,0%	2	2,2%
dass ihm das passiert, obwohl er vom Fach ist	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
das musste ja so kommen	1	2,2%	0	,0%	1	1,1%
die Diagnose ist mir egal	0	,0%	1	2,2%	1	1,1%
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

Tabelle C.1. 3: Zweite Reaktion (Gedanken) nach der Mitteilung einer psychischen Erkrankung

	Patient		Partner		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
hoffentlich geht das schnell vorbei	0	,0%	2	18,2%	2	6,5%
erleichtert, dass nicht meine Schuld	2	10,0%	0	,0%	2	6,5%
glaube ich nicht	2	10,0%	0	,0%	2	6,5%
Familie hat es auch vermutet	1	5,0%	0	,0%	1	3,2%

Tabelle C.1.3: Zweite Reaktion (Gedanken) nach der Mitteilung einer psychischen Erkrankung (Fortsetzung)

	Patient		Partner		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
warum ?	0	,0%	2	18,2%	2	6,5%
bin selbst auf Hilfe angewiesen	0	,0%	1	9,1%	1	3,2%
habe wie Flucht und Ausweichen empfunden	0	,0%	2	18,2%	2	6,5%
Angst wegen Suizid des Großvaters	2	10,0%	0	,0%	2	6,5%
hoffentlich hat er den Willen zur Genesung	0	,0%	1	9,1%	1	3,2%
stimmt das oder nicht?	2	10,0%	0	,0%	2	6,5%
nein, es ist organisch	1	5,0%	0	,0%	1	3,2%
kenne das noch nicht, keine Vorstellung	0	,0%	2	18,2%	2	6,5%
weiss nicht, kenne nicht genaue Diagnose	2	10,0%	0	,0%	2	6,5%
ich bin doch nicht bekloppt	1	5,0%	0	,0%	1	3,2%
Angst wegen Suizid des Bruders	1	5,0%	0	,0%	1	3,2%
wie ein Fluch, der auf der Familie liegt	1	5,0%	0	,0%	1	3,2%
bin einfach nur überlastet	2	10,0%	0	,0%	2	6,5%
das werden wir auch überstehen	0	,0%	1	9,1%	1	3,2%
jetzt geht nichts mehr	1	5,0%	0	,0%	1	3,2%
habe mich geschämt	1	5,0%	0	,0%	1	3,2%
die Diagnose ist mir nicht ganz so wichtig	1	5,0%	0	,0%	1	3,2%
<b>Gesamt</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

### C.1.2 Welche Aussagen können zum sozialen Umfeld und der Unterstützung der Patienten und ihrer Partner gemacht werden?

Tabelle C.1. 4: Mit diesen Menschen kann ich über die Erkrankung und mein Befinden spre-chen (Zweit-nennung)

	Patient				Partner				Σ
	N	% status	% Mensch	% Ges.	N	% status	% Mensch	% Ges.	
Freunde	1	3,0	50	2,0	1	5,9	50	2,0	2
Mutter	2	6,1	100	4,0	0	0	0	0	2
Partner/Partnerin	2	6,1	40	4,0	3	17,6	60	6,0	5
Eltern	1	3,0	50	2,0	1	5,9	50	2,0	2
Bruder/Schwester*	2	6,1	100	4,0	0	0	0	0	2
Psychiater	0	0	0	0	2	11,8	100	4,0	2
Tochter	10	30,3	76,9	20,0	3	17,6	23,1	6,0	13
Schwiegereltern	1	3,0	33,3	2,0	2	11,8	66,7	4,0	3
Schwiegertochter	0	0	0	0	1	5,9	100	2,0	1
Schwiegersohn	1	3,0	100	2,0	0	0	0	0	1
Freunde*	4	12,1	100	8,0	0	0	0	0	4
Schwester	0	0	0	0	3	17,6	100	6,0	3
Ganze Familie	1	3,0	50	2,0	1	5,9	50	2,0	2
Psychologin	2	6,1	100	4,0	0	0	0	0	2
Mitpatientin*	2	6,1	100	4,0	0	0	0	0	2
Arbeitskollegin*	3	9,1	100	6,0	0	0	0	0	3
Bekannte*	1	3,0	100	2,0	0	0	0	0	1

\* selbst erkrankt

**Tabelle C.1. 5: Mit diesen Menschen kann ich *nicht* über die Erkrankung und mein Befinden sprechen (Zweitnennung)**

	Patient				Partner				Σ
	N	% status	% Mensch	% Ges.	N	% status	% Mensch	% Ges.	N
Freunde	2	7,7	50,0	5,0	2	14,3	50,0	5,0	4
Menschen, die sich nicht auskennen	10	38,5	90,9	25,0	1	7,1	9,1	2,5	11
Arbeitskollegen	3	11,5	23,1	7,5	10	71,4	76,9	25,0	13
Eltern	2	7,7	100,0	5,0	0	0	0	0	2
Schwiegereltern	2	7,7	100,0	5,0	0	0	0	0	2
Mutter	1	3,8	100,0	2,5	0	0	0	0	1
Sohn	3	11,5	100,0	7,5	0	0	0	0	3
Erwachsene Kinder	1	3,8	100,0	2,5	0	0	0	0	1
Kinder	2	7,7	66,7	5,0	1	7,1	33,3	2,5	3

\* selbst erkrankt

### C.1.3 Welche emotionalen Auswirkungen erleben Patienten und Partner durch diese Erkrankung?

**Tabelle C.1. 6: Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Patientenstichprobe: U-Test nach Mann und Whitney für unabhängige Stichproben; \*signifikant ( $p < 0.05$ ), \*\* $p < 0.01$**

Item (Eingangsfragebogen-Patienten)	Status	N	Median*	Mittlere Rangsumme	Signifi-kanz (2-seitig)
Durch die Erkrankung hat sich viel für uns verändert	Männer Frauen	12 34	3,00 3,50	21,33 24,26	,481
Ich ärgere mich über Ratschläge von anderen	Männer Frauen	12 34	3,00 4,00	20,50 24,56	,335
Ich weiss genau, was ich / mein(e) PartnerIn jetzt brauche/braucht	Männer Frauen	12 34	2,00 2,00	24,00 23,32	,875
Ich glaube, dass sich mein(e) PartnerIn eher hilflos fühlt	Männer Frauen	12 34	3,00 3,00	21,25 24,29	,471
Ich glaube, dass mein(e) PartnerIn nicht richtig weiss, was er/sie tun soll	Männer Frauen	12 34	2,50 4,00	17,00 25,79	,035*
Ich fühle mich eher hilflos	Männer Frauen	12 34	4,00 4,00	19,33 24,97	,044*
Ich fühle mich eher hoffnungslos	Männer Frauen	12 34	3,00 4,00	19,46 24,93	,181
Ich schäme mich wegen der Erkrankung	Männer Frauen	12 34	2,50 4,00	17,17 25,74	,041*
Ich fühle mich schuldig	Männer Frauen	12 34	4,00 4,00	21,04 24,37	,363
Viele denken, dass Depressive einfach faul sind	Männer Frauen	12 34	4,00 4,00	19,33 24,97	,058
Vielleicht hätte ich mich / sich mein Partner mehr anstrengen müssen	Männer Frauen	12 34	1,00 4,00	14,58 26,65	,004*
Ich habe das Gefühl, dass mein(e) PartnerIn mich sehr gut versteht	Männer Frauen	12 34	3,00 2,50	26,25 22,53	,390
Ich mache mir Sorgen, dass mein(e) PartnerIn ich überfordert werde	Männer Frauen	12 34	3,00 4,00	19,58 24,88	,196
Manchmal denke ich, an Depression ist man selbst schuld	Männer Frauen	12 34	2,00 4,00	18,17 25,38	,086
Ich glaube, dass mein(e) PartnerIn wenig darüber weiss, wie es mir geht	Männer Frauen	12 34	2,00 3,00	19,63 24,87	,220

Tabelle C.1.6: Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Patientenstichprobe: U-Test *Fortsetzung*

Item (Eingangsfragebogen-Patienten)	Status	N	Median*	Mittlere Rangsumme	Signifikanz (2-seitig)
Ich brauche etwas, was meinem Leben einen Sinn gibt	Männer Frauen	12 34	2,50 4,00	15,33 26,38	,001**
Ich finde es schwierig, meinem(r) PartnerIn zu sagen, wie es mir geht	Männer Frauen	12 34	1,00 3,00	15,88 26,19	,016*
Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	Männer Frauen	12 34	3,00 4,00	17,92 25,47	,050*
Ich schäme mich wegen einer psychiatrischen Erkrankung	Männer Frauen	12 34	2,00 4,00	14,79 26,57	,003*
Ich ärgere mich oft über das Verhalten meines(r) PartnerIn	Männer Frauen	12 34	3,50 3,50	21,71 24,13	,562
Ich ärgere mich oft über die Äußerungen meines(r) PartnerIn	Männer Frauen	12 34	3,00 4,00	19,38 24,96	,185

Tabelle C.1. 7: Geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Partnerstichprobe: U-Test

U-Test nach Mann und Whitney für unabhängige Stichproben; \*signifikant ( $p < 0.05$ ), \*\* $p < 0.01$ 

Item (Eingangsfragebogen-Partner)	Status	N	Median*	Mittlere Rangsumme	Signifikanz (2-seitig)
Ich ärgere mich über Ratschläge von anderen	Männer Frauen	34 12	3,00 2,00	23,60 23,21	,928
Ich weiss genau, was ich jetzt brauche	Männer Frauen	34 12	2,00 2,00	23,47 23,58	,979
Ich glaube, dass sich mein(e) PartnerIn eher hilflos fühlt	Männer Frauen	34 12	4,00 3,00	25,35 18,25	,079
Ich glaube, dass mein(e) PartnerIn nicht richtig weiss, was er/sie tun soll	Männer Frauen	34 12	4,00 3,00	25,18 18,75	,111
Ich fühle mich eher hilflos	Männer Frauen	34 12	3,00 3,00	24,56 20,50	,343
Ich fühle mich eher hoffnungslos	Männer Frauen	34 12	2,00 2,00	23,25 24,21	,826
Ich schäme mich wegen der Erkrankung	Männer Frauen	34 12	3,00 2,00	23,94 22,25	,689
Ich fühle mich schuldig	Männer Frauen	34 12	2,00 2,00	24,54 20,54	,349
Viele denken, dass Depressive einfach faul sind	Männer Frauen	34 12	4,00 4,00	25,25 18,54	,046*
Vielleicht hätte ich sich mein Partner mehr anstrengen müssen	Männer Frauen	34 12	3,00 2,00	24,84 19,71	,239
Ich habe das Gefühl, dass mein(e) PartnerIn mich sehr gut versteht	Männer Frauen	34 12	3,00 3,00	23,56 23,33	,959
Ich mache mir Sorgen, dass ich überfordert werde	Männer Frauen	34 12	4,00 3,00	24,09 21,83	,588
Manchmal denke ich, an Depression ist man selbst schuld	Männer Frauen	34 12	3,00 2,00	25,21 18,67	,132
Ich glaube, dass mein(e) PartnerIn wenig darüber weiss, wie es mir geht	Männer Frauen	46 46	3,00 2,50	24,56 20,50	,343
Ich finde es schwierig, meinem(r) PartnerIn zu sagen, wie es mir geht	Männer Frauen	46 46	3,50 3,00	24,03 22,00	,627
Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	Männer Frauen	46 46	4,00 3,00	24,63 20,29	,284
Ich schäme mich wegen einer psychiatrischen Erkrankung	Männer Frauen	46 46	3,00 1,50	24,97 19,33	,191
Ich ärgere mich oft über das Verhalten meines(r) PartnerIn	Männer Frauen	46 46	4,00 3,50	24,29 21,25	,455
Ich ärgere mich oft über die Äußerungen meines(r) PartnerIn	Männer Frauen	46 46	3,50 2,50	24,71 20,08	,270

Tabelle C.1. 8: Situationen, in denen Patienten Ärger auf ihren Partner empfinden

Patientenaussage (n=46) – Zweitnennung	N	%	Gültige Prozent	Kumul. Prozent
Bevormundung	5	10,9	14,3	14,3
unbegründete Vorwürfe	1	2,2	2,9	17,1
traue mir kaum Ärger	1	2,2	2,9	20,0
„Du musst“	1	2,2	2,9	22,9
„Reiss dich zusammen“	2	4,3	5,7	28,6
Ratschläge	1	2,2	2,9	31,4
wenn er/sie nicht mit mir spricht	1	2,2	2,9	34,3
wenig Unterstützung (bei Kindererziehung)	3	6,5	8,6	42,9
Aufmunterungen	1	2,2	2,9	45,7
überzogene Wünsche	1	2,2	2,9	48,6
wenn er macht, was er möchte	1	2,2	2,9	51,4
wenn er mich anschreit	1	2,2	2,9	54,3
wenn er mich nicht ernst nimmt	2	4,3	5,7	60,0
wenn ich alles nicht richtig mache	1	2,2	2,9	62,9
wenn keine Zeit für mich	1	2,2	2,9	65,7
wenn er mir Dinge aus der Hand nimmt	2	4,3	5,7	71,4
wenn sie mich „faul“ nennt	2	4,3	5,7	77,1
wenn mich Partner „meine Verrückte“ nennt	1	2,2	2,9	80,0
„das muss doch mal besser werden“	1	2,2	2,9	82,9
wenn er widerspricht, obwohl ich recht habe	1	2,2	2,9	85,7
wenn er sich abgrenzt	1	2,2	2,9	88,6
Forderungen an mich	1	2,2	2,9	91,4
wenn er mich bedauert	2	4,3	5,7	97,1
wenn sie grundlos eifersüchtig ist	1	2,2	2,9	100,0
Gesamt	35	76,1	100,0	
Fehlende Werte	11	23,9		
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100</b>		

Tabelle C.1. 9: Situationen, in denen Patienten Ärger auf ihren Partner empfinden (Drittennung)

Patientenaussage (n=46) - Drittennung	N	%	Gültige Prozent	Kumul. Prozent
Entscheidung über den Kopf hinweg	1	2,2	3,6	3,6
verletzende Äußerungen	3	6,5	10,7	14,3
meine Wünsche nicht beachtet	2	4,3	7,1	21,4
"du musst..."	1	2,2	3,6	25,0
fehlende Anerkennung	1	2,2	3,6	28,6
wenn andere es sich einfach machen	1	2,2	3,6	32,1
unterschwellige Vorwürfe	1	2,2	3,6	35,7
wenn er/sie mir die Schuld an allem gibt	2	4,3	7,1	42,9
wenn er kaum mit mir spricht	1	2,2	3,6	46,4
Vergleiche mit anderen	1	2,2	3,6	50,0
wenn ich wie ein Kind behandelt werde	2	4,3	7,1	57,1
wenn sie an meinen Essgewohnheiten herumnörgelt	2	4,3	7,1	64,3
Partner findet Psychotherapie sinnlos	1	2,2	3,6	67,9
wenn sie alles negativ bewertet	1	2,2	3,6	71,4

Tabelle C.1.9: Situationen, in denen Patienten Ärger auf ihren Partner empfinden (Drittnennung): *Fortsetzung*

<b>Patientenaussage (n=46) - Drittnennung</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumul. Prozent</b>
wenn er/sie meine Erziehung kritisiert	1	2,2	3,6	75,0
wenn er mich unter Druck setzt, endlich gesund werden	2	4,3	7,1	82,1
Ratschläge von Leuten, die nicht betroffen sind	1	2,2	3,6	85,7
wenn sich keiner für die Erkrankung interessiert	1	2,2	3,6	89,3
wenn er mir alles abnehmen will	2	4,3	7,1	96,4
wenn sie schlecht über mir Nahestehende spricht	1	2,2	3,6	100,0
Gesamt	28	60,9	100,0	
Fehlende Werte	18	39,1		
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>		

Tabelle C.1. 10: Situationen, in denen Partner Ärger auf den Patienten empfinden (Zweitnennung)

<b>Partnernaussage (n=46) - Zweitnennung</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumul. Prozent</b>
Bevormundung	3	6,5	7,9	7,9
unbegründete Vorwürfe	1	2,2	2,6	10,5
Familie verlassen wollen	1	2,2	2,6	13,2
jammern	2	4,3	5,3	18,4
Rückzug	1	2,2	2,6	21,1
sich nicht um Kind kümmert	2	4,3	5,3	26,3
wenn er unkontrollierbare Dinge tut	1	2,2	2,6	28,9
wenn sie so anders ist als früher	2	4,3	5,3	34,2
überzogene Wünsche	1	2,2	2,6	36,8
sich ständig beklagen	1	2,2	2,6	39,5
wenn sie andere verantwortlich macht	1	2,2	2,6	42,1
wenn sie an mir zweifelt	1	2,2	2,6	44,7
wenn er mutlos ist	3	6,5	7,9	52,6
Ausrede "ich bin eben krank"	1	2,2	2,6	55,3
wenn sie mir die Schuld gibt	1	2,2	2,6	57,9
wenn sie viel schläft, fühle ich mich allein gelassen	2	4,3	5,3	63,2
wenn sie meine Aussagen verdreht	2	4,3	5,3	68,4
wenn er Schuld an seinem Zustand auf andere schiebt	2	4,3	5,3	73,7
wenn sie lustlos ist	1	2,2	2,6	76,3
wenn sie immer dasselbe erzählt	1	2,2	2,6	78,9
Vorwürfe wegen der Tochter	1	2,2	2,6	81,6
wenn sie nicht redet	2	4,3	5,3	86,8
Planungsverhalten in fast allen Bereichen	1	2,2	2,6	89,5
wenn sie sagt, dass alles doch keinen Sinn hat	2	4,3	5,3	94,7
wenn er Gartenarbeit übertreibt statt ausruhen	1	2,2	2,6	97,4
wenn er sich zu wenig um die Familie kümmert	1	2,2	2,6	100,0
Gesamt	38	82,6	100,0	
Fehlende Werte	8	17,4		
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



Tabelle C.1. 11: Situationen, wenn Partner Ärger auf den Patienten empfinden (Drittnennung)

Partneraussage (n=46) - Drittnennung	N	%	Gültige Prozent	Kumul. Prozent
verletzende Äußerungen	1	2,2	3,7	3,7
extreme Elternbindung	1	2,2	3,7	7,4
wenn sie an meiner Zuneigung zweifelt	1	2,2	3,7	11,1
wenn ich mich selbst schlecht fühle	1	2,2	3,7	14,8
macht mir Vorwürfe	3	6,5	11,1	25,9
depressiv schlimmer als manisch	1	2,2	3,7	29,6
wenn sie sagt "ohne mich wärest du besser dran"	1	2,2	3,7	33,3
bin "Blitzableiter"	1	2,2	3,7	37,0
wenn er/sie mir die Schuld an allem gibt	1	2,2	3,7	40,7
wenn sie mutlos ist	1	2,2	3,7	44,4
wenn er seinen Körper ständig beobachtet	3	6,5	11,1	55,6
Verantwortungslosigkeit	3	6,5	11,1	66,7
wenn ich Gefühl habe, sie lässt sich gehen	2	4,3	7,4	74,1
wenn sie sich gehen lässt	1	2,2	3,7	77,8
wenn sie alles negativ bewertet	1	2,2	3,7	81,5
wenn sie uns lieblos behandelt	2	4,3	7,4	88,9
Dinge des täglichen Lebens (einkaufen, Wohnung)	1	2,2	3,7	92,6
wenn er seine hohen Ansprüche auf uns überträgt	1	2,2	3,7	96,3
wenn er labil ist	1	2,2	3,7	100,0
Gesamt	27	58,7	100,0	
Fehlende Werte	19	41,3		
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle C.1. 12: Die größten Ängste der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung (Zweitnennung)

Patientenaussage (n=46) - Zweitnennung	N	%	Gültige Prozent	Kumul. Prozent
keine Partnerschaft	3	6,5	7,7	7,7
dass Erkrankung nie mehr weggeht	4	8,7	10,3	17,9
dauerhafte Belastung	1	2,2	2,6	20,5
Entfremdung von Tochter	2	4,3	5,1	25,6
dass alles kaputt geht	2	4,3	5,1	30,8
Trennung	3	6,5	7,7	38,5
dass es noch schlimmer werden könnte	4	8,7	10,3	48,7
dass nie richtige Therapie gefunden wird	1	2,2	2,6	51,3
Verschlechterung der Beziehung	1	2,2	2,6	53,8
finanzielle Verschlechterung	2	4,3	5,1	59,0
Alleinsein	1	2,2	2,6	61,5
dass Erkrankung immer wieder kommt	3	6,5	7,7	69,2
dass man mir Erkrankung ansieht	1	2,2	2,6	71,8
dass mein Partner zu sehr belastet wird	1	2,2	2,6	74,4
dass es nicht als Krankheit anerkannt wird	1	2,2	2,6	76,9
dass ich irgendwann allein bin	1	2,2	2,6	79,5
dass ich immer wieder krank werde	4	8,7	10,3	89,7
dass ich nie mehr arbeiten kann	1	2,2	2,6	92,3
dass ich meinem Sohn geschadet habe	2	4,3	5,1	97,4
dass die Umwelt mich als Drückeberger sieht	1	2,2	2,6	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>39</b>	<b>84,8</b>	<b>100,0</b>	
Fehlende Werte	7	15,2		

Tabelle C.1. 13: Die größten Ängste der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung (Drittennung)

Patientenaussage (n=46) - Drittennung	N	%	Gültige Prozent	Kumul. Prozent
dass ich keine Liebe mehr empfinde	3	6,5	12,0	12,0
dass man wenig dagegen machen kann	2	4,3	8,0	20,0
dass Frau sich trennt	1	2,2	4,0	24,0
dass ich nicht mehr arbeiten gehen kann	2	4,3	8,0	32,0
dass ich nie mehr alles schaffe	2	4,3	8,0	40,0
dass Erkrankung immer wieder kommt	1	2,2	4,0	44,0
Einsamkeit	1	2,2	4,0	48,0
dass ich keine Liebe mehr für Partner empfinde	1	2,2	4,0	52,0
dass ich keine Aufgabe mehr finde	1	2,2	4,0	56,0
lange Dauer der Erkrankung	2	4,3	8,0	64,0
dass ich keinen Therapeuten finde, der zu mir passt	4	8,7	16,0	80,0
dass mein Sohn auch krank ist	1	2,2	4,0	84,0
dass ich nicht mehr in meinem Beruf arbeiten kann	1	2,2	4,0	88,0
Verletzungen (durch Vorwürfe, Beschimpfungen)	1	2,2	4,0	92,0
dass meine Kinder schlecht von mir denken	2	4,3	8,0	100,0
Total	25	54,3	100,0	
Fehlende Werte	21	45,7		
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>		

Tabelle C.1. 14: Die größten Ängste der Partner bezüglich der Erkrankung (Zweitennung)

Partnernaussage (n=46) - Zweitennung	N	%	Gültige Prozent	Kumul. Prozent
keine Partnerschaft	1	2,2	2,4	2,4
Suizid	1	2,2	2,4	4,9
dass Erkrankung nie mehr weggeht	8	17,4	19,5	24,4
dass Krankheit nie heilbar ist	2	4,3	4,9	29,3
dauerhafte Belastung	1	2,2	2,4	31,7
Trennung	2	4,3	4,9	36,6
dass ich überfordert werde	3	6,5	7,3	43,9
dass es noch schlimmer werden könnte	1	2,2	2,4	46,3
Verschlechterung der Beziehung	3	6,5	7,3	53,7
finanzielle Verschlechterung	5	10,9	12,2	65,9
dass ich schuld habe, etwas falsch mache	1	2,2	2,4	68,3
dass Erkrankung immer wieder kommt	2	4,3	4,9	73,2
dass sich Partnerin entfernt	1	2,2	2,4	75,6
dass es nie wieder so wird wie früher	2	4,3	4,9	80,5
Unberechenbarkeit	1	2,2	2,4	82,9
dass sie Arbeit verliert	2	4,3	4,9	87,8
wie schlimm wird es noch?	1	2,2	2,4	90,2
Angst vor Nebenwirkungen der Medikamente	2	4,3	4,9	95,1
dass die Krankheit sehr langfristig verläuft	1	2,2	2,4	97,6
Einsamkeit	1	2,2	2,4	100,0
Total	41	89,1	100,0	
Fehlende Werte	5	10,9		
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>		

Tabelle C.1. 15: Die größten Ängste der Partner bezüglich der Erkrankung (Drittnennung)

Partnernaussage (n=46) - Drittnennung	N	%	Gültige Prozent	Kumul. Prozent
wird mit familiärer Rolle nicht fertig	1	2,2	4,8	4,8
dass ich keine Liebe mehr empfinde	1	2,2	4,8	9,5
Ungewissheit	5	10,9	23,8	33,3
dass ich überfordert werde	2	4,3	9,5	42,9
dass ich nicht mehr arbeiten gehen kann	1	2,2	4,8	47,6
dass Erkrankung immer wieder kommt	2	4,3	9,5	57,1
dass sich Kommunikation verschlechtert	2	4,3	9,5	66,7
Bedenken hinsichtlich Kinderwunsch (Überlastung)	2	4,3	9,5	76,2
dass die ganze Familie darunter leidet	4	8,7	19,0	95,2
dass er sich nicht genügend anstrengt	1	2,2	4,8	100,0
Total	21	45,7	100,0	
Fehlende Werte	25	54,3		
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>		

Tabelle C.1. 16: Die größten Sorgen der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung (Zweitnennung): („Ich mache mir Sorgen darüber, dass...“)

Patientenaussage (n=46) - Zweitnennung	N	%	Gültige Prozent	Kumul. %
mein Mann die Krankheit verleugnet	1	2,2	2,9	2,9
dass ich keine Freunde mehr habe	1	2,2	2,9	5,9
dass Sohn nicht gesund wird	1	2,2	2,9	8,8
dass Frau selbst erkrankt	1	2,2	2,9	11,8
um Kind/Kinder	4	8,7	11,8	23,5
um Belastung für meine Tochter	1	2,2	2,9	26,5
dass ich keinen Job mehr finde	3	6,5	8,8	35,3
dass unsere Beziehung zu sehr belastet wird	1	2,2	2,9	38,2
dass Genesung sehr lange dauert	3	6,5	8,8	47,1
Sorgen um Familie und Beruf	2	4,3	5,9	52,9
dass niemand die Krankheit anerkennt	1	2,2	2,9	55,9
um finanzielle Belastung	1	2,2	2,9	58,8
um Figur und Aussehen	3	6,5	8,8	67,6
dass Partnerin im Alltag überfordert ist	2	4,3	5,9	73,5
dass ich nicht wirklich weiss, was ich noch tun kann	1	2,2	2,9	76,5
dass die Beziehung sich zunehmend verschlechtert	1	2,2	2,9	79,4
dass ich nicht mehr in meinem Job arbeiten will	1	2,2	2,9	82,4
dass mein Sohn leidet oder sich abwendet	2	4,3	5,9	88,2
dass mir meine Kinder nicht verzeihen können	1	2,2	2,9	91,2
dass ich meine Maßnahme nicht schaffe	2	4,3	5,9	97,1
wie meine Umgebung mit der "Tatsache" umgeht	1	2,2	2,9	100,0
Fehlende Werte	12	26,1		
<b>Gesamt</b>	<b>34</b>	<b>73,9</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle C.1. 17: Die größten Sorgen der Partner bezüglich der Erkrankung (Zweitnennung)

Partnerraussage (n=46) - Zweitnennung	N	%	Gültige Prozent	Kumul. %
dass es noch schwieriger wird	2	4,3	7,4	7,4
über eigene Gesundheit	1	2,2	3,7	11,1
um Kind/Kinder	3	6,5	11,1	22,2
dass er den Job verliert	1	2,2	3,7	25,9
dass man ihr nicht helfen kann	2	4,3	7,4	33,3
dass sie den Mut verliert	1	2,2	3,7	37,0
dass Beziehung zerbricht	1	2,2	3,7	40,7
wir uns gegenseitig runterziehen	1	2,2	3,7	44,4
Angst vor Suizid	2	4,3	7,4	51,9
dass sie nicht damit fertig wird	4	8,7	14,8	66,7
dass ich nicht weiss, wie ich richtig handeln soll	1	2,2	3,7	70,4
Sorgen um Familie und Beruf	2	4,3	7,4	77,8
dass Kinderwunsch sie überfordert	2	4,3	7,4	85,2
familiäre Spannungen	1	2,2	3,7	88,9
dass die Beziehung sich zunehmend verschlechtert	1	2,2	3,7	92,6
dass keine Besserung eintritt	1	2,2	3,7	96,3
dass es nicht besser wird, ich nichts daran ändern kann	1	2,2	3,7	100,0
Total	27	58,7	100,0	
Fehlende Werte	19	41,3		

#### C.1.4 Wie beschreiben Patienten und ihre Partner ihre familiären Belastungen, das Zusammenleben mit ihren Kindern und deren Situation?

Tabelle C.1. 18: Angabe zu familiären Belastungen innerhalb der Patientenstichprobe (n=46)

Angabe familiärer Belastungen: Patienten (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Kumul. Prozent
Keine	15	32,6	32,6
Konflikte in Herkunftsfamilie	9	19,6	52,2
gab schon kurzzeitige Trennung	1	2,2	54,3
symbiotische Patientin-Mutter-Beziehung	1	2,2	56,5
plötzlicher Tod der Mutter in Kindheit	1	2,2	58,7
keine gemeinsamen Kinder trotz Kinderwunsch	3	6,5	65,2
seit früher Kindheit in verschiedenen Heimen aufgewachsen	2	4,3	69,6
Überforderung in Herkunftsfamilie (Alkohol)	1	2,2	71,7
Suizidversuch der Patientin war Aufnahmegrund	2	4,3	76,1
kennen sich schon seit 20 Jahren als Freunde	1	2,2	78,3
erlebte als Kind tödlichen Unfall des Bruders mit Eltern haben Kinderpsychologen aufgesucht	1	2,2	80,4
Eltern haben Kinderpsychologen aufgesucht	1	2,2	82,6
Angehörige war selbst erkrankt	2	4,3	87,0
Beziehungskonflikte	1	2,2	89,1
fühlen sich isoliert durch STASI-Vergangenheit	1	2,2	91,3
Herkunftsland: Polen	2	4,3	95,7
Partner ist aktuell selbst erkrankt (körperlich und psychisch)	1	2,2	97,8
Ex-Mann war Alkoholiker	1	2,2	100,0

Tabelle C.1. 19: Angabe zu familiären Belastungen innerhalb der Partnerstichprobe (n=46)

Angabe familiärer Belastungen: Partner (n=46)	Häufig- keit	Pro- zent	Kumul. Prozent
Keine Angabe	28	60,9	60,9
Konflikte in Herkunftsfamilie	1	2,2	63,0
Partner haben sich beide in einer Krisensituation kennen gelernt	1	2,2	65,2
keine gemeinsamen Kinder trotz Kinderwunsch	3	6,5	71,7
Suizidversuch der Patientin war Aufnahmegrund	2	4,3	76,1
kennen sich schon seit 20 Jahren als Freunde	1	2,2	78,3
Herkunftsland: Russland	1	2,2	80,4
selbst erkrankter Angehöriger	3	6,5	87,0
Eltern haben Kinderpsychologen aufgesucht	1	2,2	89,1
Angehörige war selbst erkrankt	2	4,3	93,5
Beziehungskonflikte	2	4,3	97,8
fühlen sich isoliert durch STASI-Vergangenheit	1	2,2	100,0

## C.2 Fragestellung 2:

## C.2.1 Wie gut fühlen sich Patienten und ihre Partner hinsichtlich verschiedener Bereiche der Behandlung informiert?

Tabelle C.2. 1: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung durch die Patienten (geschlechtsspezifisch)

Patienten		gar nicht	wenig	gut	sehr gut	Rang- mittel	Signifi- kanz
		Information über die Diagnose					
Männer (N=12)	Count	0	4	4	4	26,50	
	% von sex	,0%	33,3%	33,3%	33,3%		
	% gesamt	,0%	8,7%	8,7%	8,7%		
Frauen (N=34)	Count	2	10	18	4	22,44	
	% von sex	5,9%	29,4%	52,9%	11,8%		
	% gesamt	4,3%	21,7%	39,1%	8,7%		
Gesamt (N=46)	Count	2	14	22	8		
	% gesamt	4,3%	30,4%	47,8%	17,4%		,331
		Information über die Ursachen					
Männer (N=12)	Count	0	4	5	3	31,71	
	% von sex	,0%	33,3%	41,7%	25,0%		
	% gesamt	,0%	8,7%	10,9%	6,5%		
Frauen (N=34)	Count	3	24	4	3	20,60	
	% von sex	8,8%	70,6%	11,8%	8,8%		
	% gesamt	6,5%	52,2%	8,7%	6,5%		
Gesamt (N=46)	Count	3	28	9	6		
	% gesamt	6,5%	60,9%	19,6%	13,0%		,005
		Information über den Verlauf					
Männer (N=12)	Count	0	6	6	0	28,25	
	% von sex	,0%	50,0%	50,0%	,0%		
	% gesamt	,0%	13,0%	13,0%	,0%		
Frauen (N=34)	Count	4	21	8	1	21,82	
	% von sex	11,8%	61,8%	23,5%	2,9%		
	% gesamt	8,7%	45,7%	17,4%	2,2%		
Gesamt (N=46)	Count	4	27	14	1		
	% gesamt	8,7%	58,7%	30,4%	2,2%		,104

Tabelle C.2.1: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung durch die Patienten (geschlechtsspezifisch): *Fortsetzung*

Patienten		gar nicht	wenig	gut	sehr gut	Rangmittel	Signifikanz
		Information über Nachbehandlung					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	5 41,7% 10,9%	5 41,7% 10,9%	1 8,3% 2,2%	1 8,3% 2,2%	18,92	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	7 20,6% 15,2%	14 41,2% 30,4%	13 38,2% 28,3%	0 ,0% ,0%	25,12	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	12 26,1%	19 41,3%	14 30,4%	1 2,2%		,143
		Information über Behandlungsmöglichkeiten					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	0 ,0% ,0%	8 66,7% 17,4%	3 25,0% 6,5%	1 8,3% 2,2%	22,79	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	2 5,9% 4,3%	17 50,0% 37,0%	14 41,2% 30,4%	1 2,9% 2,2%	23,75	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	2 4,3%	25 54,3%	17 37,0%	2 4,3%		,811
		Information über Angehörigenberatung					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	8 66,7% 17,4%	4 33,3% 8,7%	0 ,0% ,0%	0 ,0% ,0%	17,17	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	13 38,2% 28,3%	12 35,3% 26,1%	8 23,5% 17,4%	1 2,9% 2,2%	25,74	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	21 45,7%	16 34,8%	8 17,4%	1 2,2%		,040
		Information über Ziel der Behandlung					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	- - -	4 33,3% 8,7%	7 58,3% 15,2%	1 8,3% 2,2%	26,13	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	- - -	15 44,1% 32,6%	19 55,9% 41,3%	0 ,0% ,0%	22,57	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	- -	19 41,3%	26 56,5%	1 2,2%		,363
		Information über Risiken/Nebenwirkungen					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	6 50,0% 13,0%	2 16,7% 4,3%	4 33,3% 8,7%	- - -	18,00	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	4 11,8% 8,7%	14 41,2% 30,4%	16 47,1% 34,8%	- - -	25,44	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	10 21,7%	16 34,8%	20 43,5%	- -		,076
		Information über Krankheitsbewältigung					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	5 41,7% 10,9%	5 41,7% 10,9%	2 16,7% 4,3%	0 ,0% ,0%	17,96	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	2 5,9% 4,3%	25 73,5% 54,3%	6 17,6% 13,0%	1 2,9% 2,2%	25,46	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	7 15,2%	30 65,2%	8 17,4%	1 2,2%		,049

Kreuztabellen und anschließende Überprüfung auf Gruppenunterschiede mit dem U-Test von Mann & Whitney bei zwei unabhängigen Stichproben

**Tabelle C.2. 2: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung durch die Partner (geschlechtsspezifisch)**

Partner		gar nicht	wenig	gut	sehr gut	Rangmittel	Signifikanz
		Information über die Diagnose					
Männer (N=34)	Count % von sex % gesamt	4 11,8% 8,7%	20 58,8% 43,5%	8 23,5% 17,4%	2 5,9% 4,3%	22,44	
Frauen (N=12)	Count % von sex % gesamt	1 8,3% 2,2%	5 41,7% 10,9%	6 50,0% 13,0%	0 ,0% ,0%	26,50	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	5 10,9%	25 54,3%	14 30,4%	2 4,3%		,317
		Information über die Ursachen					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	13 38,2% 28,3%	18 52,9% 39,1%	3 8,8% 6,5%	- - -	22,63	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	4 33,3% 8,7%	5 41,7% 10,9%	3 25,0% 6,5%	- - -	25,96	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	17 37,0%	23 50,0%	6 13,0%	- -		,416
		Information über den Verlauf					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	15 44,1% 32,6%	15 44,1% 32,6%	4 11,8% 8,7%	- - -	23,32	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	4 33,3% 8,7%	8 66,7% 17,4%	0 ,0% ,0%	- - -	24,00	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	19 41,3%	23 50,0%	4 8,7%	- -		,867
		Information über Nachbehandlung					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	10 29,4% 21,7%	20 58,8% 43,5%	4 11,8% 8,7%	- - -	23,85	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	4 33,3% 8,7%	7 58,3% 15,2%	1 8,3% 2,2%	- - -	22,50	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	14 30,4%	27 58,7%	5 10,9%	- -		,732
		Information über Behandlungsmöglichkeiten					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	3 8,8% 6,5%	27 79,4% 58,7%	4 11,8% 8,7%	- - -	23,21	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	1 8,3% 2,2%	9 75,0% 19,6%	2 16,7% 4,3%	- - -	24,33	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	4 8,7%	36 78,3%	6 13,0%	- -		,728
		Information über Angehörigenberatung					
Männer (N=12)	Count % von sex % gesamt	23 67,6% 50,0%	9 26,5% 19,6%	2 5,9% 4,3%	- - -	22,15	
Frauen (N=34)	Count % von sex % gesamt	5 41,7% 10,9%	7 58,3% 15,2%	0 ,0% ,0%	- - -	27,33	
Gesamt (N=46)	Count % gesamt	28 60,9%	16 34,8%	2 4,3%	- -		,179

Kreuztabellen und anschließende Überprüfung auf Gruppenunterschiede mit dem U-Test von Mann & Whitney bei zwei unabhängigen Stichproben

Tabelle C.2.2: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung durch die Partner (geschlechtsspezifisch): *Fortsetzung*

Partner		gar nicht	wenig	gut	sehr gut	Rangmittel	Signifikanz
		Information über Ziel der Behandlung					
Männer (N=12)	Count	3	14	17	-	24,49	
	% von sex	8,8%	41,2%	50,0%	-		
	% gesamt	6,5%	30,4%	37,0%	-		
Frauen (N=34)	Count	5	1	6	-	20,71	
	% von sex	41,7%	8,3%	50,0%	-		
	% gesamt	10,9%	2,2%	13,0%	-		
Gesamt (N=46)	Count	8	15	23	-		
	% gesamt	17,4%	32,6%	50,0%	-		,359
		Information über Risiken/Nebenwirkungen					
Männer (N=12)	Count	7	17	9	1	25,74	
	% von sex	20,6%	50,0%	26,5%	2,9%		
	% gesamt	15,2%	37,0%	19,6%	2,2%		
Frauen (N=34)	Count	7	3	2	0	17,17	
	% von sex	58,3%	25,0%	16,7%	,0%		
	% gesamt	15,2%	6,5%	4,3%	,0%		
Gesamt (N=46)	Count	14	20	11	1		
	% gesamt	30,4%	43,5%	23,9%	2,2%		,042
		Information über Krankheitsbewältigung					
Männer (N=12)	Count	15	18	1	-	23,46	
	% von sex	44,1%	52,9%	2,9%	-		
	% gesamt	32,6%	39,1%	2,2%	-		
Frauen (N=34)	Count	5	7	0	-	23,63	
	% von sex	41,7%	58,3%	,0%	-		
	% gesamt	10,9%	15,2%	,0%	-		
Gesamt (N=46)	Count	20	25	1	-		
	% gesamt	43,5%	54,3%	2,2%	-		,966

Kreuztabellen und anschließende Überprüfung auf Gruppenunterschiede mit dem U-Test von Mann & Whitney bei zwei unabhängigen Stichproben

Tabelle C.2. 3: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung durch die Patienten (Mittelwerte und Median)

	Patientenstichprobe (N=46)					
Information über Bereiche der Erkrankung	Männer (N=12)		Frauen (N=34)		Gesamt	
	Mean	Median	Mean	Median	Mean	Median
Info über Diagnose	3,00	3,00	2,71	3,00	2,78	3,00
Info über Ursachen	2,92	3,00	2,21	2,00	2,39	2,00
Info über Verlauf	2,50	2,50	2,18	2,00	2,26	2,00
Info über Nachbehandlung	1,83	2,00	2,18	2,00	2,09	2,00
Info Behandlungsmöglichkeiten	2,42	2,00	2,41	2,00	2,41	2,00
Info Angehörigenberatung	1,33	1,00	1,91	2,00	1,76	2,00
Info Ziel der Behandlung	2,75	3,00	2,56	3,00	2,61	3,00
Info über Risiken/Nebenwirkung	1,83	1,50	2,35	2,00	2,22	2,00
Info Krankheitsbewältigung	1,75	2,00	2,18	2,00	2,07	2,00



Tabelle C.2. 4: Einschätzung verschiedener Bereiche der Depressionsbehandlung durch die Partner (Mittelwerte und Median)

Information über Bereiche der Erkrankung	Partnerstichprobe (N=46)					
	Männer (N=34)		Frauen (N=12)		Gesamt	
	Mean	Median	Mean	Median	Mean	Median
Info über Diagnose	2,24	2,00	2,42	2,50	2,28	2,00
Info über Ursachen	1,71	2,00	1,92	2,00	1,76	2,00
Info über Verlauf	1,68	2,00	1,67	2,00	1,67	2,00
Info über Nachbehandlung	1,82	2,00	1,75	2,00	1,80	2,00
Info Behandlungsmöglichkeiten	2,03	2,00	2,08	2,00	2,04	2,00
Info Angehörigenberatung	1,38	1,00	1,58	2,00	1,43	1,00
Info Ziel der Behandlung	2,41	2,50	2,08	2,50	2,33	2,50
Info über Risiken/Nebenwirkung	2,12	2,00	1,58	1,00	1,98	2,00
Info Krankheitsbewältigung	1,59	2,00	1,58	2,00	1,59	2,00

### C.2.2 Welche Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung halten Patienten und Partner für hilfreich?

Tabelle C.2. 5: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten (Partner und Patienten): U-Test

Status		nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich	Rang- mittel	Sign.
		Gespräch mit behandelndem Arzt					
Patienten (N=46)	Count	0	4	13	29	42,79	
	% von status	,0%	8,7%	28,3%	63,0%		
	% gesamt	,0%	4,3%	14,1%	31,5%		
Partner (N=46)	Count	1	0	9	36	50,21	
	% von status	2,2%	,0%	19,6%	78,3%		
	% gesamt	1,1%	,0%	9,8%	39,1%		
Gesamt (N=92)	Count	1	4	22	65		,094
	% gesamt	1,1%	4,3%	23,9%	70,7%		
		Gespräch mit Familienangehörigen					
Patienten (N=46)	Count	10	9	13	14	47,89	
	% von status	21,7%	19,6%	28,3%	30,4%		
	% gesamt	10,9%	9,8%	14,1%	15,2%		
Partner (N=46)	Count	5	18	14	9	45,11	
	% von status	10,9%	39,1%	30,4%	19,6%		
	% gesamt	5,4%	19,6%	15,2%	9,8%		
Gesamt (N=92)	Count	15	27	27	23		,604
	% gesamt	16,3%	29,3%	29,3%	25,0%		
		Entspannungsverfahren					
Patienten (N=46)	Count	1	12	13	9	38,43	
	% von status	2,2%	26,1%	28,3%	19,6%		
	% gesamt	1,1%	13,0%	14,1%	9,8%		
Partner (N=46)	Count	0	2	7	22	54,57	
	% von status	,0%	4,3%	15,2%	47,8%		
	% gesamt	,0%	2,2%	7,6%	23,9%		
Gesamt (N=92)	Count	1	14	20	31		,003
	% gesamt	1,1%	15,2%	21,7%	33,7%		

Tabelle C.2.5: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten (Partner und Patienten): Fortsetzung

Status		nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich	Rang- mittel	Sign.
		Gespräch mit Freunden und Bekannten					
Patienten (N=46)	Count	9	14	11	12	49,59	
	% von status	19,6%	30,4%	23,9%	26,1%		
	% gesamt	9,8%	15,2%	12,0%	13,0%		
Partner (N=46)	Count	8	19	16	3	43,41	
	% von status	17,4%	41,3%	34,8%	6,5%		
	% gesamt	8,7%	20,7%	17,4%	3,3%		
Gesamt (N=92)	Count	17	33	27	15		,247
	% gesamt	18,5%	35,9%	29,3%	16,3%		
		Bücher					
Patienten (N=46)	Count	10	14	13	9	45,76	
	% von status	21,7%	30,4%	28,3%	19,6%		
	% gesamt	10,9%	15,2%	14,1%	9,8%		
Partner (N=46)	Count	4	22	12	8	47,24	
	% von status	8,7%	47,8%	26,1%	17,4%		
	% gesamt	4,3%	23,9%	13,0%	8,7%		
Gesamt (N=92)	Count	14	36	25	17		,781
	% gesamt	15,2%	39,1%	27,2%	18,5%		
		Internet					
Patienten (N=46)	Count	3	20	8	11	38,29	
	% von status	6,5%	43,5%	17,4%	23,9%		
	% gesamt	3,3%	21,7%	8,7%	12,0%		
Partner (N=46)	Count	1	6	15	14	54,71	
	% von status	2,2%	13,0%	32,6%	30,4%		
	% gesamt	1,1%	6,5%	16,3%	15,2%		
Gesamt (N=92)	Count	4	26	23	25		,002
	% gesamt	4,3%	28,3%	25,0%	27,2%		
		Medikamente					
Patienten (N=46)	Count	0	9	16	21	44,59	
	% von status	,0%	19,6%	34,8%	45,7%		
	% gesamt	,0%	9,8%	17,4%	22,8%		
Partner (N=46)	Count	1	8	11	26	48,41	
	% von status	2,2%	17,4%	23,9%	56,5%		
	% gesamt	1,1%	8,7%	12,0%	28,3%		
Gesamt (N=92)	Count	1	17	27	47		,452
	% gesamt	1,1%	18,5%	29,3%	51,1%		
		Gespräch mit Pflegepersonal					
Patienten (N=46)	Count	9	13	13	11	51,54	
	% von status	19,6%	28,3%	28,3%	23,9%		
	% gesamt	9,8%	14,1%	14,1%	12,0%		
Partner (N=46)	Count	13	17	12	4	41,46	
	% von status	28,3%	37,0%	26,1%	8,7%		
	% gesamt	14,1%	18,5%	13,0%	4,3%		
Gesamt (N=92)	Count	22	30	25	15		,060
	% gesamt	23,9%	32,6%	27,2%	16,3%		
		Gespräch mit anderem Arzt (Zweitmeinung einholen) <sup>1</sup>					
Patienten (N=46)	Count	9	12	11	13	41,27	
	% von status	19,6%	26,1%	23,9%	28,3%		
	% gesamt	9,8%	13,0%	12,0%	14,1%		
Partner (N=46)	Count	2	11	16	17	51,73	
	% von status	4,3%	23,9%	34,8%	37,0%		
	% gesamt	2,2%	12,0%	17,4%	18,5%		
Gesamt (N=92)	Count	11	23	27	30		,051
	% gesamt	12,0%	25,0%	29,3%	32,6%		

Tabelle C.2.5: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten (Partner und Patienten): Fortsetzung

Status		nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich	Rang- mittel	Sign.
		Gespräch mit Psychologen					
Patienten (N=46)	Count	5	10	13	18	49,75	
	% von status	10,9%	21,7%	28,3%	39,1%		
	% gesamt	5,4%	10,9%	14,1%	19,6%		
(N=46)	% von status	15,2%	37,0%	13,0%	34,8%	43,25	
	% gesamt	7,6%	18,5%	6,5%	17,4%		
	% gesamt	7,6%	18,5%	6,5%	17,4%		
Gesamt (N=92)	Count	12	27	19	34		
	% gesamt	13,0%	29,3%	20,7%	37,0%		
		Gespräch mit Sozialarbeiter <sup>2</sup>					
Patienten (N=46)	Count	11	5	19	6	45,17	
	% von status	23,9%	10,9%	41,3%	13,0%		
	% gesamt	12,0%	5,4%	20,7%	6,5%		
Partner (N=46)	Count	9	17	12	8	47,83	
	% von status	19,6%	37,0%	26,1%	17,4%		
	% gesamt	9,8%	18,5%	13,0%	8,7%		
Gesamt (N=92)	Count	20	22	31	14		
	% gesamt	21,7%	23,9%	33,7%	15,2%		
		Psychotherapie <sup>3</sup>					
Patienten (N=46)	Count	5	11	12	15	51,09	
	% von status	10,9%	23,9%	26,1%	32,6%		
	% gesamt	5,4%	12,0%	13,0%	16,3%		
Partner (N=46)	Count	3	12	6	13	41,91	
	% von status	6,5%	26,1%	13,0%	28,3%		
	% gesamt	3,3%	13,0%	6,5%	14,1%		
Gesamt (N=92)	Count	8	23	18	28		
	% gesamt	8,7%	25,0%	19,6%	30,4%		
		Gespräch mit Partner					
Patienten (N=46)	Count	9	7	8	22	45,42	
	% von status	19,6%	15,2%	17,4%	47,8%		
	% gesamt	9,8%	7,6%	8,7%	23,9%		
Partner (N=46)	Count	0	13	14	19	47,58	
	% von status	,0%	28,3%	30,4%	41,3%		
	% gesamt	,0%	14,1%	15,2%	20,7%		
Gesamt (N=92)	Count	9	20	22	41		
	% gesamt	9,8%	21,7%	23,9%	44,6%		
		Selbsthilfegruppe					
Patienten (N=46)	Count	26	6	12	2	45,35	
	% von status	56,5%	13,0%	26,1%	4,3%		
	% gesamt	28,3%	6,5%	13,0%	2,2%		
Partner (N=46)	Count	24	8	9	5	47,65	
	% von status	52,2%	17,4%	19,6%	10,9%		
	% gesamt	26,1%	8,7%	9,8%	5,4%		
Gesamt (N=92)	Count	50	14	21	7		
	% gesamt	54,3%	15,2%	22,8%	7,6%		
		Gespräch mit anderen Patienten					
Patienten (N=46)	Count	9	4	21	12	50,24	
	% von status	19,6%	8,7%	45,7%	26,1%		
	% gesamt	9,8%	4,3%	22,8%	13,0%		
Partner (N=46)	Count	15	6	15	10	42,76	
	% von status	32,6%	13,0%	32,6%	21,7%		
	% gesamt	16,3%	6,5%	16,3%	10,9%		
Gesamt (N=92)	Count	24	10	36	22		
	% gesamt	26,1%	10,9%	39,1%	23,9%		

Tabelle C.2.5: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten (Partner und Patienten): Fortsetzung

Status		nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich	Rang-mittel	Sign.
		Gruppentherapie					
Patienten (N=46)	Count	10	13	14	9	46,75	
	% von status	21,7%	28,3%	30,4%	19,6%		
	% gesamt	10,9%	14,1%	15,2%	9,8%		
Partner (N=46)	Count	8	15	17	6	46,25	
	% von status	17,4%	32,6%	37,0%	13,0%		
	% gesamt	8,7%	16,3%	18,5%	6,5%		
Gesamt (N=92)	Count	18	28	31	15		,925
	% gesamt	19,6%	30,4%	33,7%	16,3%		
		Seelsorge, Pfarrer					
Patienten (N=46)	Count	37	7	2	0	44,75	
	% von status	80,4%	15,2%	4,3%	,0%		
	% gesamt	40,2%	7,6%	2,2%	,0%		
Partner (N=46)	Count	34	7	4	1	48,25	
	% von status	73,9%	15,2%	8,7%	2,2%		
	% gesamt	37,0%	7,6%	4,3%	1,1%		
Gesamt (N=92)	Count	71	14	6	1		,391
	% gesamt	77,2%	15,2%	6,5%	1,1%		
		Viel Ruhe					
Patienten (N=46)	Count	5	3	17	21	42,91	
	% von status	10,9%	6,5%	37,0%	45,7%		
	% gesamt	5,4%	3,3%	18,5%	22,8%		
Partner (N=46)	Count	0	3	17	26	50,09	
	% von status	,0%	6,5%	37,0%	56,5%		
	% gesamt	,0%	3,3%	18,5%	28,3%		
Gesamt (N=92)	Count	5	6	34	47		,154
	% gesamt	5,4%	6,5%	37,0%	51,1%		
		Bewegung					
Patienten (N=46)	Count	-	7	18	21	43,33	
	% von status	-	15,2%	39,1%	45,7%		
	% gesamt	-	7,6%	19,6%	22,8%		
Partner (N=46)	Count	-	0	22	24	49,67	
	% von status	-	,0%	47,8%	52,2%		
	% gesamt	-	,0%	23,9%	26,1%		
Gesamt (N=92)	Count	-	7	40	45		,203
	% gesamt	-	7,6%	43,5%	48,9%		
		Ergotherapie <sup>4</sup>					
Patienten (N=46)	Count	2	4	2	25	57,45	
	% von status	4,3%	8,7%	26,1%	54,3%		
	% gesamt	2,2%	4,3%	13,0%	27,2%		
Partner (N=46)	Count	3	10	10	9	35,55	
	% von status	6,5%	21,7%	21,7%	19,6%		
	% gesamt	3,3%	10,9%	10,9%	9,8%		
Gesamt (N=92)	Count	5	14	22	34		,000
	% gesamt	5,4%	15,2%	23,9%	37,0%		

<sup>1</sup> 1 Patient: 2,2% der Patienten; 1,1% der Gesamtstichprobe; <sup>2</sup> 5 Patienten: 10,9% der Patienten; 5,4% der Gesamtstichprobe; <sup>3</sup> 3 Patienten: 6,5% der Patienten; 3,3% der Gesamtstichprobe/12 Partner: 26,1% der Partner; 13,0% der Gesamtstichprobe; <sup>4</sup> 3 Patienten: 6,5% der Patienten; 3,3% der Gesamtstichprobe/14 Partner: 30,4% der Partner; 15,2% der Gesamtstichprobe

Tabelle C.2. 6: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch die Patienten: U-Test\*

Patienten (N=46)		nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich	Rang-mittel	Sign.	
		Gespräch mit behandelndem Arzt						
Männer (N=12)	Count	-	1	1	10	27,79		
	% status	-	8,3%	8,3%	83,3%	21,99		
	% gesamt	-	2,2%	2,2%	21,7%			
Frauen (N=34)	Count	-	3	12	19			
	% von status	-	8,8%	35,3%	55,9%			
	% gesamt	-	6,5%	26,1%	41,3%			
		Gespräch mit Familienangehörigen						
Männer (N=12)	Count	1	1	4	6	30,13		
	% von status	8,3%	8,3%	33,3%	50,0%	21,16		
	% gesamt	2,2%	2,2%	8,7%	13,0%			
Frauen (N=34)	Count	9	8	9	8			
	% von status	26,5%	23,5%	26,5%	23,5%			
	% gesamt	19,6%	17,4%	19,6%	17,4%			
		Entspannungsverfahren1						
Männer (N=12)	Count	2	0	3	7	32,92		
	% von status	16,7%	,0%	25,0%	58,3%	20,18		
	% gesamt	4,3%	,0%	6,5%	15,2%			
Frauen (N=34)	Count	10	13	6	4			
	% von status	29,4%	38,2%	17,6%	11,8%			
	% gesamt	21,7%	28,3%	13,0%	8,7%			
		Gespräch mit Freunden und Bekannten						
Männer (N=12)	Count	2	1	4	5	28,75		
	% von status	16,7%	8,3%	33,3%	41,7%	21,65		
	% gesamt	4,3%	2,2%	8,7%	10,9%			
Frauen (N=34)	Count	7	13	7	7			
	% von status	20,6%	38,2%	20,6%	20,6%			
	% gesamt	15,2%	28,3%	15,2%	15,2%			
		Bücher						
Männer (N=12)	Count	2	1	4	5	30,21		
	% von status	16,7%	8,3%	33,3%	41,7%	21,13		
	% gesamt	4,3%	2,2%	8,7%	10,9%			
Frauen (N=34)	Count	8	13	9	4			
	% von status	23,5%	38,2%	26,5%	11,8%			
	% gesamt	17,4%	28,3%	19,6%	8,7%			
		Internet2						
Männer (N=12)	Count	4	3	1	2	22,21		
	% von status	33,3%	25,0%	8,3%	16,7%	23,96		
	% gesamt	8,7%	6,5%	2,2%	4,3%			
Frauen (N=34)	Count	16	5	10	2			
	% von status	47,1%	14,7%	29,4%	5,9%			
	% gesamt	34,8%	10,9%	21,7%	4,3%			
		Medikamente						
Männer (N=12)	Count	-	5	5	2	15,38		
	% von status	-	41,7%	41,7%	16,7%	26,37		
	% gesamt	-	10,9%	10,9%	4,3%			
Frauen (N=34)	Count	-	4	11	19			
	% von status	-	11,8%	32,4%	55,9%			
	% gesamt	-	8,7%	23,9%	41,3%			
		Gespräch mit Pflegepersonal						
Männer (N=12)	Count	5	3	1	3	18,75		
	% von status	41,7%	25,0%	8,3%	25,0%	25,18		
	% gesamt	10,9%	6,5%	2,2%	6,5%			
Frauen (N=34)	Count	4	10	12	8			
	% von status	11,8%	29,4%	35,3%	23,5%			
	% gesamt	8,7%	21,7%	26,1%	17,4%			

\* U-Test nach Mann &amp; Whitney

Tabelle 2.6: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch die Patienten (U-Test nach Mann & Whitney):  
Fortsetzung

Patienten (N=46)		nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich	Rang- mittel	Sign.
Gespräch mit anderem Arzt (Zweitmeinung)3							
Männer (N=12)	Count	1	5	0	6	27,38	
	% von status	8,3%	41,7%	,0%	50,0%		
	% gesamt	2,2%	10,9%	,0%	13,0%		
Frauen (N=34)	Count	8	7	11	7	22,13	
	% von status	23,5%	20,6%	32,4%	20,6%		
	% gesamt	17,4%	15,2%	23,9%	15,2%		
Gespräch mit Psychologen							
Männer (N=12)	Count	1	2	1	8	28,83	
	% von status	8,3%	16,7%	8,3%	66,7%		
	% gesamt	2,2%	4,3%	2,2%	17,4%		
Frauen (N=34)	Count	4	8	12	10	21,62	
	% von status	11,8%	23,5%	35,3%	29,4%		
	% gesamt	8,7%	17,4%	26,1%	21,7%		
Gespräch mit Sozialarbeiter4							
Männer (N=12)	Count	0	1	4	2	20,42	
	% von status	,0%	8,3%	33,3%	16,7%		
	% gesamt	,0%	2,2%	8,7%	4,3%		
Frauen (N=34)	Count	11	4	15	4	24,59	
	% von status	32,4%	11,8%	44,1%	11,8%		
	% gesamt	23,9%	8,7%	32,6%	8,7%		
Psychotherapie5							
Männer (N=12)	Count	0	1	3	7	30,46	
	% von status	,0%	8,3%	25,0%	58,3%		
	% gesamt	,0%	2,2%	6,5%	15,2%		
Frauen (N=34)	Count	5	10	9	8	21,04	
	% von status	14,7%	29,4%	26,5%	23,5%		
	% gesamt	10,9%	21,7%	19,6%	17,4%		
Gespräch mit Partner							
Männer (N=12)	Count	2	1	2	7	26,04	
	% von status	16,7%	8,3%	16,7%	58,3%		
	% gesamt	4,3%	2,2%	4,3%	15,2%		
Frauen (N=34)	Count	7	6	6	15	22,60	
	% von status	20,6%	17,6%	17,6%	44,1%		
	% gesamt	15,2%	13,0%	13,0%	32,6%		
Selbsthilfegruppe							
Männer (N=12)	Count	3	1	6	2	32,67	
	% von status	25,0%	8,3%	50,0%	16,7%		
	% gesamt	6,5%	2,2%	13,0%	4,3%		
Frauen (N=34)	Count	23	5	6	0	20,26	
	% von status	67,6%	14,7%	17,6%	,0%		
	% gesamt	50,0%	10,9%	13,0%	,0%		
Gespräch mit anderen Patienten							
Männer (N=12)	Count	1	1	4	6	29,63	
	% von status	8,3%	8,3%	33,3%	50,0%		
	% gesamt	2,2%	2,2%	8,7%	13,0%		
Frauen (N=34)	Count	8	3	17	6	21,34	
	% von status	23,5%	8,8%	50,0%	17,6%		
	% gesamt	17,4%	6,5%	37,0%	13,0%		
Gruppentherapie							
Männer (N=12)	Count	2	1	6	3	28,08	
	% von status	16,7%	8,3%	50,0%	25,0%		
	% gesamt	4,3%	2,2%	13,0%	6,5%		
Frauen (N=34)	Count	8	12	8	6	21,88	
	% von status	23,5%	35,3%	23,5%	17,6%		
	% gesamt	17,4%	26,1%	17,4%	13,0%		

Tabelle 2.6: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch die Patienten (U-Test nach Mann & Whitney):  
Fortsetzung

Patienten (N=46)		nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich	Rang- mittel	Sign.
		Seelsorge, Pfarrer					
Männer (N=12)	Count	7	4	1	-	28,54	,028
	% von status	58,3%	33,3%	8,3%	-		
	% gesamt	15,2%	8,7%	2,2%	-		
Frauen (N=34)	Count	30	3	1	-	21,72	
	% von status	88,2%	8,8%	2,9%	-		
	% gesamt	65,2%	6,5%	2,2%	-		
		Viel Ruhe					
Männer (N=12)	Count	0	2	4	6	24,83	,665
	% von status	,0%	16,7%	33,3%	50,0%		
	% gesamt	,0%	4,3%	8,7%	13,0%		
Frauen (N=34)	Count	5	1	13	15	23,03	
	% von status	14,7%	2,9%	38,2%	44,1%		
	% gesamt	10,9%	2,2%	28,3%	32,6%		
		Bewegung					
Männer (N=12)	Count	-	0	4	8	29,50	,050
	% von status	-	,0%	33,3%	66,7%		
	% gesamt	-	,0%	8,7%	17,4%		
Frauen (N=34)	Count	-	7	14	13	21,38	
	% von status	-	20,6%	41,2%	38,2%		
	% gesamt	-	15,2%	30,4%	28,3%		
		Ergotherapie6					
Männer (N=12)	Count	2	2	0	5	16,67	,024
	% von status	16,7%	16,7%	,0%	41,7%		
	% gesamt	4,3%	4,3%	,0%	10,9%		
Frauen (N=34)	Count	0	2	12	20	25,91	
	% von status	,0%	5,9%	35,3%	58,8%		
	% gesamt	,0%	4,3%	26,1%	43,5%		

Item „weiß nicht/kenne ich nicht“ (0):

<sup>1</sup> 1 weiblich: 2,9% der weiblichen Patienten

<sup>2</sup> 2 männlich: 16,7% der männlichen Patienten; 1 weiblich: 2,9% der weiblichen Patienten

<sup>3</sup> 1 weiblich: : 2,9% der weiblichen Patienten

<sup>4</sup> 5 männlich: 41,7% der männlichen Patienten

<sup>5</sup> 1 männlich: 8,3% der männlichen Patienten; 2 weiblich: 5,9% der weiblichen Patienten

<sup>6</sup> 3 männlich: 25% der männlichen Patienten

Tabelle C.2. 7: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch die Partner: U-Test\*

Partner (N=46)		nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich	Rang- mittel	Sign.
		Gespräch mit behandelndem Arzt					
Männer (N=34)	Count	1	-	7	26	23,06	
	% status	2,9%	-	20,6%	76,5%		
	% gesamt	2,2%	-	15,2%	56,5%		
Frauen (N=12)	Count	0	-	2	10	24,75	
	% von status	,0%	-	16,7%	83,3%		
	% gesamt	,0%	-	4,3%	21,7%		
		Gespräch mit Familienangehörigen					
Männer (N=34)	Count	4	15	11	4	21,56	
	% von status	11,8%	44,1%	32,4%	11,8%		
	% gesamt	8,7%	32,6%	23,9%	8,7%		
Frauen (N=12)	Count	1	3	3	5	29,00	
	% von status	8,3%	25,0%	25,0%	41,7%		
	% gesamt	2,2%	6,5%	6,5%	10,9%		
		Entspannungsverfahren					
Männer (N=34)	Count	2	4	18	10	23,12	
	% von status	5,9%	11,8%	52,9%	29,4%		
	% gesamt	4,3%	8,7%	39,1%	21,7%		
Frauen (N=12)	Count	0	3	4	5	24,58	
	% von status	,0%	25,0%	33,3%	41,7%		
	% gesamt	,0%	6,5%	8,7%	10,9%		
		Gespräch mit Freunden und Bekannten					
Männer (N=34)	Count	7	14	10	3	22,75	
	% von status	20,6%	41,2%	29,4%	8,8%		
	% gesamt	15,2%	30,4%	21,7%	6,5%		
Frauen (N=12)	Count	1	5	6	0	25,63	
	% von status	8,3%	41,7%	50,0%	,0%		
	% gesamt	2,2%	10,9%	13,0%	,0%		
		Bücher					
Männer (N=34)	Count	4	20	6	4	20,15	
	% von status	11,8%	58,8%	17,6%	11,8%		
	% gesamt	8,7%	43,5%	13,0%	8,7%		
Frauen (N=12)	Count	0	2	6	4	33,00	
	% von status	,0%	16,7%	50,0%	33,3%		
	% gesamt	,0%	4,3%	13,0%	8,7%		
		Internet1					
Männer (N=34)	Count	6	10	10	7	22,46	
	% von status	17,6%	29,4%	29,4%	20,6%		
	% gesamt	13,0%	21,7%	21,7%	15,2%		
Frauen (N=12)	Count	0	5	4	3	26,46	
	% von status	,0%	41,7%	33,3%	25,0%		
	% gesamt	,0%	10,9%	8,7%	6,5%		
		Medikamente					
Männer (N=34)	Count	1	2	7	24	27,09	
	% von status	2,9%	5,9%	20,6%	70,6%		
	% gesamt	2,2%	4,3%	15,2%	52,2%		
Frauen (N=12)	Count	0	6	4	2	13,33	
	% von status	,0%	50,0%	33,3%	16,7%		
	% gesamt	,0%	13,0%	8,7%	4,3%		
		Gespräch mit Pflegepersonal					
Männer (N=34)	Count	9	16	7	2	22,34	
	% von status	26,5%	47,1%	20,6%	5,9%		
	% gesamt	19,6%	34,8%	15,2%	4,3%		
Frauen (N=12)	Count	4	1	5	2	26,79	
	% von status	33,3%	8,3%	41,7%	16,7%		
	% gesamt	8,7%	2,2%	10,9%	4,3%		

\* U-Test nach Mann &amp; Whitney



Tabelle C.2.7: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch die Partner (U-Test nach Mann & Whitney):  
Fortsetzung

Partner (N=46)		nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich	Rang- mittel	Sign.
		Gespräch mit anderem Arzt (Zweitmeinung)					
Männer (N=34)	Count	1	7	14	12	23,96	,682
	% von status	2,9%	20,6%	41,2%	35,3%		
	% gesamt	2,2%	15,2%	30,4%	26,1%		
Frauen (N=12)	Count	1	4	2	5	22,21	
	% von status	8,3%	33,3%	16,7%	41,7%		
	% gesamt	2,2%	8,7%	4,3%	10,9%		
		Gespräch mit Psychologen					
Männer (N=34)	Count	6	14	5	9	21,53	,078
	% von status	17,6%	41,2%	14,7%	26,5%		
	% gesamt	13,0%	30,4%	10,9%	19,6%		
Frauen (N=12)	Count	1	3	1	7	29,08	
	% von status	8,3%	25,0%	8,3%	58,3%		
	% gesamt	2,2%	6,5%	2,2%	15,2%		
		Gespräch mit Sozialarbeiter					
Männer (N=34)	Count	7	12	11	4	22,90	,593
	% von status	20,6%	35,3%	32,4%	11,8%		
	% gesamt	15,2%	26,1%	23,9%	8,7%		
Frauen (N=12)	Count	2	5	1	4	25,21	
	% von status	16,7%	41,7%	8,3%	33,3%		
	% gesamt	4,3%	10,9%	2,2%	8,7%		
		Psychotherapie2					
Männer (N=34)	Count	2	9	5	6	20,35	,006
	% von status	5,9%	26,5%	14,7%	17,6%		
	% gesamt	4,3%	19,6%	10,9%	13,0%		
Frauen (N=12)	Count	1	3	1	7	32,42	
	% von status	8,3%	25,0%	8,3%	58,3%		
	% gesamt	2,2%	6,5%	2,2%	15,2%		
		Gespräch mit Partner					
Männer (N=34)	Count	-	11	10	13	22,44	,337
	% von status	-	32,4%	29,4%	38,2%		
	% gesamt	-	23,9%	21,7%	28,3%		
Frauen (N=12)	Count	-	2	4	6	26,50	
	% von status	-	16,7%	33,3%	50,0%		
	% gesamt	-	4,3%	8,7%	13,0%		
		Selbsthilfegruppe					
Männer (N=34)	Count	18	8	5	3	22,65	,430
	% von status	52,9%	23,5%	14,7%	8,8%		
	% gesamt	39,1%	17,4%	10,9%	6,5%		
Frauen (N=12)	Count	6	0	4	2	25,92	
	% von status	50,0%	,0%	33,3%	16,7%		
	% gesamt	13,0%	,0%	8,7%	4,3%		
		Gespräch mit anderen Patienten					
Männer (N=34)	Count	11	4	11	8	23,91	,715
	% von status	32,4%	11,8%	32,4%	23,5%		
	% gesamt	23,9%	8,7%	23,9%	17,4%		
Frauen (N=12)	Count	4	2	4	2	22,33	
	% von status	33,3%	16,7%	33,3%	16,7%		
	% gesamt	8,7%	4,3%	8,7%	4,3%		
		Gruppentherapie					
Männer (N=34)	Count	6	12	12	4	22,85	,564
	% von status	17,6%	35,3%	35,3%	11,8%		
	% gesamt	13,0%	26,1%	26,1%	8,7%		
Frauen (N=12)	Count	2	3	5	2	25,33	
	% von status	16,7%	25,0%	41,7%	16,7%		
	% gesamt	4,3%	6,5%	10,9%	4,3%		

Tabelle C.2.7: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch die Partner (U-Test nach Mann &amp; Whitney):

Fortsetzung

Partner (N=46)		nicht hilfreich	kaum hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich	Rang-mittel	Sign.			
		Seelsorge, Pfarrer								
Männer (N=34)	Count	26	4	3	1	23,04	,614			
	% von status	76,5%	11,8%	8,8%	2,9%					
	% gesamt	56,5%	8,7%	6,5%	2,2%					
Frauen (N=12)	Count	8	3	1	0	24,79		,614		
	% von status	66,7%	25,0%	8,3%	,0%					
	% gesamt	17,4%	6,5%	2,2%	,0%					
		Viel Ruhe								
Männer (N=34)	Count	-	0	13	21	25,28			,084	
	% von status	-	,0%	38,2%	61,8%					
	% gesamt	-	,0%	28,3%	45,7%					
Frauen (N=12)	Count	-	3	4	5	18,46				,084
	% von status	-	25,0%	33,3%	41,7%					
	% gesamt	-	6,5%	8,7%	10,9%					
		Bewegung								
Männer (N=34)	Count	-	-	17	17	23,00	,623			
	% von status	-	-	50,0%	50,0%					
	% gesamt	-	-	37,0%	37,0%					
Frauen (N=12)	Count	-	-	5	7	24,92		,623		
	% von status	-	-	41,7%	58,3%					
	% gesamt	-	-	10,9%	15,2%					
		Ergotherapie3								
Männer (N=34)	Count	3	6	6	6	21,40			,066	
	% von status	8,8%	17,6%	17,6%	17,6%					
	% gesamt	6,5%	13,0%	13,0%	13,0%					
Frauen (N=12)	Count	0	4	4	3	29,46				,066
	% von status	,0%	33,3%	33,3%	25,0%					
	% gesamt	,0%	8,7%	8,7%	6,5%					

Item „weiß nicht/kenne ich nicht“ (0):

<sup>1</sup> 1 männlich: 2,9% der männlichen Partner;<sup>2</sup> 12 männlich: 35,3% der männlichen Partner;<sup>3</sup> 13 männlich: 38,2% der männlichen Partner; 1 weiblich: 8,3% der weiblichen Partner

Tabelle C.2. 8: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch Patienten (geschlechtsspezifische Mittelwerte und Mediane)

Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	Patientenstichprobe (N=46)					
	Männer (N=12)		Frauen (N=34)		Gesamt (N=46)	
	Mean	Median	Mean	Median	Mean	Median
Gespräch mit Arzt (Behandler)	3,75	4,00	3,47	4,00	3,54	4,00
~ mit Familienangehörigen	3,25	3,50	2,47	2,50	2,67	3,00
~ mit Freunden / Bekannten	3,00	3,00	2,41	2,00	2,57	2,50
~ mit anderen Patienten	3,25	3,50	2,62	3,00	2,78	3,00
Entspannungsverfahren	3,25	4,00	2,06	2,00	2,37	2,00
Bücher	3,00	3,00	2,26	2,00	2,46	2,00
Internet	1,75	1,50	1,88	1,50	1,85	1,50
Medikamente	2,75	3,00	3,44	4,00	3,26	3,00
Gespräch mit Pflegepersonal	2,17	2,00	2,71	3,00	2,57	3,00
Gespräch mit anderem Arzt	2,92	3,00	2,44	3,00	2,57	3,00
Gespräch mit Psychologen	3,33	4,00	2,82	3,00	2,96	3,00
Gespräch mit Sozialarbeiter	1,83	2,50	2,35	3,00	2,22	3,00

Tabelle C.2.8: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch Patienten (geschlechts-spezifische Mittelwerte und Mediane): *Fortsetzung*

Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	Patientenstichprobe (N=46)					
	Männer (N=12)		Frauen (N=34)		Gesamt (N=46)	
	Mean	Median	Mean	Median	Mean	Median
Psychotherapie	3,25	4,00	2,47	2,50	2,67	3,00
Gespräch mit Partner	3,17	4,00	2,85	3,00	2,93	3,00
Selbsthilfegruppe	2,58	3,00	1,50	1,00	1,78	1,00
Gruppentherapie	2,83	3,00	2,35	2,00	2,48	2,50
Seelsorge, Pfarrer	1,50	1,00	1,15	1,00	1,24	1,00
viel Ruhe	3,33	3,50	3,12	3,00	3,17	3,00
Bewegung	3,67	4,00	3,18	3,00	3,30	3,00
Ergotherapie	2,17	2,00	3,53	4,00	3,17	4,00

Tabelle C.2. 9: Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten durch Partner (geschlechtsspezifische Mittelwerte und Mediane)

Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung (Partner)	Männer (N=34)		Frauen (N=12)		Gesamt (N=46)	
	Mean	Median	Mean	Median	Mean	Median
Gespräch mit Arzt (Behandler)	3,71	4,00	3,83	4,00	3,74	4,00
~ mit Familienangehörigen	2,44	2,00	3,00	3,00	2,59	2,50
~ mit Freunden / Bekannten	2,26	2,00	2,42	2,50	2,30	2,00
~ mit anderen Patienten	2,47	3,00	2,33	2,50	2,43	3,00
Entspannungsverfahren	3,06	3,00	3,17	3,00	3,09	3,00
Bücher	2,29	2,00	3,17	3,00	2,52	2,00
Internet	2,47	2,50	2,83	3,00	2,57	3,00
Medikamente	3,59	4,00	2,67	2,50	3,35	4,00
Gespräch mit Pflegepersonal	2,06	2,00	2,42	3,00	2,15	2,00
Gespräch mit anderem Arzt	3,09	3,00	2,92	3,00	3,04	3,00
Gespräch mit Psychologen	2,50	2,00	3,17	4,00	2,67	2,00
Gespräch mit Sozialarbeiter	2,35	2,00	2,58	2,00	2,41	2,00
Psychotherapie	1,74	2,00	3,17	4,00	2,11	2,00
Gespräch mit Partner	3,06	3,00	3,33	3,50	3,13	3,00
Selbsthilfegruppe	1,79	1,00	2,17	2,00	1,89	1,00
Gruppentherapie	2,41	2,00	2,58	3,00	2,46	2,50
Seelsorge, Pfarrer	1,38	1,00	1,42	1,00	1,39	1,00
viel Ruhe	3,62	4,00	3,17	3,00	3,50	4,00
Bewegung	3,50	3,50	3,58	4,00	3,52	4,00
Ergotherapie	1,68	2,00	2,67	3,00	1,93	2,00

## C.3 Fragestellung 3:

## C.3.1 Worin sehen Patienten und Partner die Krankheitsursachen?

Tabelle C.3. 1 Ursachen der depressiven Erkrankung – geschlechtsspezifisch (Erstnennung)

			ich selbst	äußere Umstände
<b>Patient (n=46)</b>	männlich (n=12)	Anzahl	10	2
		% Geschlecht	83,3%	16,7%
		% Hauptursache	35,7%	11,1%
		% Gesamt	21,7%	4,3%
	weiblich (n=34)	Anzahl	18	16
		% Geschlecht	52,9%	47,1%
		% Hauptursache	64,3%	88,9%
		% Gesamt	39,1%	34,8%
	Gesamt	Anzahl	28	18
		% Gesamt	60,9%	39,1%
<b>Partner (n=46)</b>	männlich (n=34)	Anzahl	24	10
		% Geschlecht	70,6%	29,4%
		% Hauptursache	70,6%	83,3%
		% Gesamt	52,2%	21,7%
	weiblich (n=12)	Anzahl	10	2
		% Geschlecht	83,3%	16,7%
		% Hauptursache	29,4%	16,7%
		% Gesamt	21,7%	4,3%
	Gesamt	Anzahl	34	12
		% Gesamt	73,9%	26,1%

Die Kategorie „schicksalhaft“ wurde nicht ausgewählt.

## C.4 Fragestellung 4:

## C.4.1 Was tun Patienten und Partner, um mit der Situation umzugehen?

Was war bisher hilfreich? Was war unwirksam?

Tabelle C.4. 1: „Was tun Sie selbst, um mit der Situation umgehen zu können? Was war hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Zweitnennung)

Patienten – Zweitnennung (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
Gespräche	1	2,2	2,4
Internet	1	2,2	4,9
Kontakt zu Eltern	1	2,2	7,3
basteln	4	8,7	17,1
Musik	1	2,2	19,5
Alleinsein	1	2,2	22,0
Buch für Fragen des Kindes zu Erkrankung	1	2,2	24,4
Ruhe	1	2,2	26,8

Tabelle C.4.1: „Was tun Sie selbst, um mit der Situation umgehen zu können? Was war hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Zweitnennung): *Fortsetzung*

<b>Patienten – Zweitnennung (n=46)</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
aktiv sein	2	4,3	31,7
Mitarbeit an Befragung	5	10,9	43,9
Zeichnen als Hobby	2	4,3	48,8
auf mein Äußeres achten	2	4,3	53,7
Schmerztherapie	1	2,2	56,1
Entspannungstechniken	3	6,5	63,4
in der Natur sein	3	6,5	70,7
Gartenarbeit	4	8,7	80,5
schwimmen	1	2,2	82,9
viel schlafen	1	2,2	85,4
jemand, der sagt: "Du schaffst das"	1	2,2	87,8
Sport	1	2,2	90,2
Ergotherapie	1	2,2	92,7
Filme, wo Menschen schwierige Situationen meistern	2	4,3	97,6
versuche, Dinge zu relativieren	1	2,2	100,0
Fehlende Werte	5	10,9	
<b>Gesamt</b>	<b>41</b>	<b>89,1</b>	

Tabelle C.4. 2: „Was tun Sie selbst, um mit der Situation umgehen zu können? Was war hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Drittnennung)

<b>Patienten – Drittnennung (n=46)</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Erkrankungs- und Stimmungskurve zum Beweis der falschen Diagnose	1	2,2	2,7
Süßigkeiten	1	2,2	5,4
mit Bekannten treffen	3	6,5	13,5
Arztgespräche	2	4,3	18,9
Pflanzen	1	2,2	21,6
Hörbücher	1	2,2	24,3
Glauben heranziehen	1	2,2	27,0
Garten	3	6,5	35,1
an Kinder denken, nicht an Krankheit	3	6,5	43,2
Teilnahme an Befragung	5	10,9	56,8
Spaziergänge in der Natur	3	6,5	64,9
Zusammensein mit Tieren	1	2,2	67,6
viel Ruhe	1	2,2	70,3
fernsehen	1	2,2	73,0
am Meer sein	3	6,5	81,1
versuchen, andere Wege zu gehen	2	4,3	86,5
brauche jemanden, der mich aufbaut	1	2,2	89,2
mich ablenken	2	4,3	94,6
Gespräche	1	2,2	97,3
mit anderen Betroffenen sprechen, die es gut schaffen	1	2,2	100,0
Fehlende Werte	9	19,6	
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>80,4</b>	

Tabelle C.4. 3: „Was war nicht hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Zweitnennung)

Patienten – Zweitnennung (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
Alkohol	4	8,7	13,3
Lichttherapielampe	2	4,3	20,0
Gespräche mit Psychologen	1	2,2	23,3
gemeinsame Arztgespräche	3	6,5	33,3
noch mehr arbeiten	8	17,4	60,0
Beruhigungsmittel	3	6,5	70,0
lange Warteliste bei Psychologen	1	2,2	73,3
Bücher (zu unverständlich und kompliziert)	2	4,3	80,0
selbst Partner die Erkrankung erklären	1	2,2	83,3
Raiki	1	2,2	86,7
mit Familie darüber sprechen	1	2,2	90,0
Schlaftabletten	1	2,2	93,3
Meinung des Partners: "ich lebe es dir vor, du musst es nur nachmachen"	1	2,2	96,7
gemeinsame Heilpraktikerin	1	2,2	100,0
Gesamt	30	65,2	
Fehlende Werte	16	34,8	
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle C.4. 4: „Was war nicht hilfreich?“ (Patientenstichprobe – Drittnennung)

Patienten – Drittnennung (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
Selbsthilfegruppe	3	6,5	10,3
Alkohol	3	6,5	20,7
Schlafentzug	1	2,2	24,1
zu allgemeine Informationen	2	4,3	31,0
Gespräche mit Menschen, die Krankheit nicht kennen	6	13,0	51,7
Beruhigungsmittel	1	2,2	55,2
essen	4	8,7	69,0
Psychotherapeut (muss sympathisch sein)	2	4,3	75,9
gemeinsame Arztgespräche	2	4,3	82,8
Johanniskraut	1	2,2	86,2
gemeinsamer Urlaub	1	2,2	89,7
mit niemandem darüber geredet	2	4,3	96,6
Vorwürfe und Beschimpfungen als „Simulant“	1	2,2	100,0
Gesamt	29	63,0	
Fehlende Werte	17	37,0	
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle C.4. 5: „Was tun Sie selbst, um mit der Situation umgehen zu können? Was war hilfreich?“ (Partnerstichprobe – Zweitnennung)**

<b>Partner – Zweitnennung (n=46)</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Gespräche	4	8,7	10,0
Internet	1	2,2	12,5
mich auf meine Arbeit konzentrieren	4	8,7	22,5
mich mit Freunden treffen	3	6,5	30,0
Kontakt zu Eltern	1	2,2	32,5
PartnerIn oft besuchen	1	2,2	35,0
weniger Kontakt	1	2,2	37,5
Musik	1	2,2	40,0
Schleudertraumagruppe	1	2,2	42,5
Halt in Familie	2	4,3	47,5
gebe finanzielle Unterstützung	2	4,3	52,5
mit Arbeitskollegen treffen	4	8,7	62,5
an eigener Genesung arbeiten	1	2,2	65,0
gehe meinen Interessen nach	2	4,3	70,0
mit Partnerin und Arzt sprechen	1	2,2	72,5
nehme natürliche Vitalstoffe ein	3	6,5	80,0
Versuch zu verzeihen	1	2,2	82,5
mich um meine Tochter/Sohn kümmern	4	8,7	92,5
meine Frau oft besuchen	1	2,2	95,0
mich mehr um mich selbst kümmern	1	2,2	97,5
überlegen, was ich verbessern kann/muss	1	2,2	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>87,0</b>	
Fehlende Werte	6	13,0	
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

**Tabelle C.4. 6: „Was tun Sie selbst, um mit der Situation umgehen zu können? Was war hilfreich?“ (Partnerstichprobe – Drittnennung)**

<b>Partner – Drittnennung (n=46)</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Literatur	4	8,7	21,1
Bewegung	1	2,2	26,3
mit Bekannten treffen	1	2,2	31,6
Wassergymnastik	1	2,2	36,8
Glauben heranziehen	1	2,2	42,1
Streit vermeiden	4	8,7	63,2
an Kinder denken, nicht an Krankheit	2	4,3	73,7
viel reden und informieren	1	2,2	78,9
gemeinsame Pläne machen	1	2,2	84,2
Lösung für die Zukunft finden	1	2,2	89,5
mich um meine Arbeit kümmern	1	2,2	94,7
mich um unsere Kinder kümmern	1	2,2	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>41,3</b>	
Fehlende Werte	27	58,7	
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle C.4. 7: „Was war *nicht* hilfreich?“ (Partnerstichprobe – Zweitnennung)

Partner – Zweitnennung (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
Alkohol	6	13,0	17,6
Streitgespräche	2	4,3	23,5
bisherige Medikation	1	2,2	26,5
Gespräche mit Psychologen	1	2,2	29,4
gemeinsame Arztgespräche	3	6,5	38,2
Bevormundung von Therapeuten	3	6,5	47,1
Gespräche	2	4,3	52,9
noch mehr arbeiten	3	6,5	61,8
eine Arbeit für sie finden	3	6,5	70,6
ihn überreden wollen	2	4,3	76,5
ihr sehr viele Aufgaben abnehmen	1	2,2	79,4
Urlaub machen	1	2,2	82,4
aus meiner Erfahrung erzählen	1	2,2	85,3
Vorschläge unterbreiten	1	2,2	88,2
Aufmunterungen	2	4,3	94,1
wütend sein und sich aufregen	1	2,2	97,1
ihm Vorschläge unterbreiten	1	2,2	100,0
Gesamt	34	73,9	
Fehlende Werte	12	26,1	
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle C.4. 8: „Was war *nicht* hilfreich?“ (Partnerstichprobe – Drittnennung)

Partner – Drittnennung (n=46)	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
ihn / sie kontrollieren	1	2,2	5,3
Selbsthilfegruppe	1	2,2	10,5
Alkohol	3	6,5	26,3
Forderungen stellen	3	6,5	42,1
zu allgemeine Informationen	1	2,2	47,4
Gespräche mit Menschen, die Krankheit nicht kennen	2	4,3	57,9
Vorschläge wurden als Vorwurf gehört	4	8,7	78,9
ihn überzeugen wollen	3	6,5	94,7
gemeinsame Gespräche bei Heilpraktikerin	1	2,2	100,0
Fehlende Werte	27	58,7	
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>41,3</b>	



#### C.4.2 Welche Strategien zur Krankheitsverarbeitung wählten Patienten und Partner nach dem Eintritt des Erkrankungsereignisses? Was wurde versucht, um den Partner zu entlasten?

**Tabelle C.4. 9: „Was hat Ihr Partner bisher versucht, damit es Ihnen besser geht?“ (Patienten-Zweitnennung)**

<b>Patienten (Zweitnennung)</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulat. Prozent</b>
redet ständig auf mich ein	2	4,3	6,3	6,3
Verständnis für mich	1	2,2	3,1	9,4
Blumen	3	6,5	9,4	18,8
Buch darüber gelesen	1	2,2	3,1	21,9
viel spazieren gehen	1	2,2	3,1	25,0
mich zu trösten	1	2,2	3,1	28,1
viel Information über Behandlungen	1	2,2	3,1	31,3
im Internet informiert	1	2,2	3,1	34,4
gemeinsame Unternehmungen	2	4,3	6,3	40,6
mehr Gefühle zeigen	1	2,2	3,1	43,8
mir Buch über Depressionen geschenkt	2	4,3	6,3	50,0
zu viel Arbeit unterbunden	3	6,5	9,4	59,4
Familie über meine Erkrankung informiert	1	2,2	3,1	62,5
Aktivitäten, auch wenn ich keine Lust habe	1	2,2	3,1	65,6
lässt mir Zeit, die ich brauche	2	4,3	6,3	71,9
sorgt für Lebensunterhalt	2	4,3	6,3	78,1
mir mit Geduld gezeigt, dass sie mich liebt und mir vertraut	2	4,3	6,3	84,4
Geschenke	1	2,2	3,1	87,5
mich bei meinem Arbeitgeber verteidigt	2	4,3	6,3	93,8
fragt oft und organisiert viel	1	2,2	3,1	96,9
mich zum Yoga angemeldet (nicht hilfreich)	1	2,2	3,1	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>32</b>	<b>69,6</b>	<b>100,0</b>	
<b>Fehlende Werte</b>	<b>14</b>	<b>30,4</b>		
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>		

**Tabelle C.4. 10: Was hat Ihr Partner bisher versucht, damit es Ihnen besser geht? (Partner-Zweitnennung)**

<b>Partner (Zweitnennung) n=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulat. Prozent</b>
weiss nicht	1	2,2	3,7	3,7
Verständnis für mich	1	2,2	3,7	7,4
bei eigener Erkrankung beigestanden	1	2,2	3,7	11,1
mich zu trösten	1	2,2	3,7	14,8
Kind sagen, was los ist	1	2,2	3,7	18,5
mich mitnehmen in Tagesklinik	1	2,2	3,7	22,2
gemeinsames Arztgespräch (nicht hilfreich)	1	2,2	3,7	25,9
mir mit Trennung gedroht	1	2,2	3,7	29,6
hat sich auch um meine Krankheiten gekümmert	1	2,2	3,7	33,3
eher im Gegenteil	2	4,3	7,4	40,7
bedankt sich oft bei mir	1	2,2	3,7	44,4

Tabelle C.4.10: Was hat Ihr Partner bisher versucht, damit es Ihnen besser geht? (Partner-Zweitnennung): Fortsetzung

Partner (Zweitnennung) n=46	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulat. Prozent
gemeinsame Suche nach Alternativmethoden	3	6,5	11,1	55,6
versucht, wieder zu arbeiten	1	2,2	3,7	59,3
entschuldigt sich bei mir	2	4,3	7,4	66,7
mich in den Arm nehmen	2	4,3	7,4	74,1
Gartenarbeiten ausgeführt	2	4,3	7,4	81,5
getrennt wohnen	1	2,2	3,7	85,2
sich darum kümmern, dass jemand mit Kind spricht	2	4,3	7,4	92,6
versucht, mir das alles zu erklären	2	4,3	7,4	100,0
Gesamt	27	58,7	100,0	
Fehlende Werte	19	41,3		
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>		

#### C.4.3 Welche Unterschiede lassen sich bezüglich der Krankheitsverarbeitung bei Patienten und Partnern finden? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?

Tabelle C.4. 11: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung (FKV): U-Test

Einzel-Items des FKV	Status	Median	Mittl. Rang	Rangsumme	Sign. 2seitig
Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	Patient	3,50	52,25	2403,50	<b>,033</b>
	Partner	3,00	40,75	1874,50	
Nicht-Wahrhaben-Wollen des Geschehenen	Patient	4,00	47,38	2179,50	,740
	Partner	4,00	45,62	2098,50	
Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	Patient	3,50	47,37	2179,00	,742
	Partner	4,00	45,63	2099,00	
Wunschenken und Tagträumen nachhängen	Patient	4,00	55,30	2544,00	<b>,001</b>
	Partner	3,00	37,70	1734,00	
sich selbst die Schuld geben	Patient	4,00	57,65	2652,00	<b>,000</b>
	Partner	3,00	35,35	1626,00	
andere verantwortlich machen	Patient	3,00	47,86	2201,50	,611
	Partner	2,50	45,14	2076,50	
aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	Patient	3,00	41,54	1911,00	,058
	Partner	4,00	51,46	2367,00	
einen Plan machen und danach handeln	Patient	3,00	38,85	1787,00	<b>,004</b>
	Partner	4,00	54,15	2491,00	
ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	Patient	3,00	45,04	2072,00	,588
	Partner	3,50	47,96	2206,00	
Gefühle nach außen zeigen	Patient	3,00	53,09	2442,00	<b>,014</b>
	Partner	2,00	39,91	1836,00	
Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	Patient	4,00	41,66	1916,50	,069
	Partner	4,00	51,34	2361,50	
Stimmungsverbesserung durch Alkohol und Beruhigungsmittel	Patient	3,00	46,78	2152,00	,916
	Partner	2,00	46,22	2126,00	

Tabelle C.4.11: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung bei Patienten und Partnern (Einzelitems des FKV): U-Test für unabhängige Stichproben: *Fortsetzung*

Einzel-Items des FKV	Status	Median	Mittl. Rang	Rang-summe	Sign. 2seitig
sich mehr gönnen	Patient	2,00	48,75	2242,50	,390
	Partner	2,00	44,25	2035,50	
sich vornehmen, intensiver zu leben	Patient	2,50	42,17	1940,00	,109
	Partner	3,00	50,83	2338,00	
entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	Patient	4,00	45,57	2096,00	,726
	Partner	4,00	47,43	2182,00	
sich selbst bemitleiden	Patient	3,00	55,30	2544,00	,001
	Partner	2,00	37,70	1734,00	
sich selbst Mut machen	Patient	3,00	40,55	1865,50	,026
	Partner	3,00	52,45	2412,50	
Erfolge und Selbstbestätigung suchen	Patient	3,00	37,64	1731,50	,001
	Partner	4,00	55,36	2546,50	
sich abzulenken versuchen	Patient	4,00	42,22	1942,00	,101
	Partner	4,50	50,78	2336,00	
Abstand zu gewinnen versuchen	Patient	4,00	45,13	2076,00	,606
	Partner	4,00	47,87	2202,00	
die Krankheit als Schicksal annehmen	Patient	2,00	46,67	2147,00	,947
	Partner	2,00	46,33	2131,00	
ins Grübeln kommen	Patient	5,00	59,35	2730,00	,000
	Partner	4,00	33,65	1548,00	
Trost im religiösen Glauben suchen	Patient	1,00	46,58	2142,50	,972
	Partner	1,00	46,42	2135,50	
Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	Patient	2,00	47,99	2207,50	,569
	Partner	2,00	45,01	2070,50	
sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	Patient	2,00	49,11	2259,00	,328
	Partner	2,00	43,89	2019,00	
mit dem Schicksal hadern	Patient	3,00	49,53	2278,50	,259
	Partner	3,00	43,47	1999,50	
genau den ärztlichen Rat befolgen	Patient	4,00	47,86	2201,50	,609
	Partner	4,00	45,14	2076,50	
Vertrauen in die Ärzte setzen	Patient	4,00	45,64	2099,50	,747
	Partner	4,00	47,36	2178,50	
den Ärzten misstrauen, Diagnose überprüfen lassen	Patient	1,00	48,23	2218,50	,491
	Partner	1,00	44,77	2059,50	
anderen Gutes tun wollen	Patient	4,00	53,52	2462,00	,008
	Partner	3,00	39,48	1816,00	
Galgenhumor entwickeln	Patient	2,00	40,50	1863,00	,025
	Partner	3,00	52,50	2415,00	
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	Patient	3,00	58,86	2707,50	,000
	Partner	2,00	34,14	1570,50	
sich gerne umsorgen lassen	Patient	4,00	59,09	2718,00	,000
	Partner	2,00	33,91	1560,00	
sich von anderen Menschen zurückziehen	Patient	4,00	56,45	2596,50	,000
	Partner	3,00	36,55	1681,50	
sich auf frühere Erfahrungen mit Schicksalsschlägen besinnen	Patient	3,00	46,42	2135,50	,977
	Partner	3,00	46,58	2142,50	

Tabelle C.4. 12: Geschlechtsspezifische Auswertung der Einzelitems (FKV): Patienten

Items (FKV)	Patienten	N	Median*	Mittlere Rangsumme	Signifikanz (2-seitig)
Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	Männer Frauen	12 34	4,00 3,00	27,29 22,16	,241
Nicht-Wahrhaben-Wollen des Geschehenen	Männer Frauen	12 34	2,50 4,00	16,83 25,85	,038
Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	Männer Frauen	12 34	2,50 4,00	17,46 25,63	,058
Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	Männer Frauen	12 34	3,50 4,00	24,88 23,01	,668
sich selbst die Schuld geben	Männer Frauen	12 34	4,00 4,00	25,04 22,96	,627
andere verantwortlich machen	Männer Frauen	12 34	2,00 3,00	17,13 25,75	,049
aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	Männer Frauen	12 34	4,00 3,00	31,75 20,59	,010
einen Plan machen und danach handeln	Männer Frauen	12 34	3,00 3,00	31,17 20,79	,014
ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	Männer Frauen	12 34	3,00 3,00	19,83 24,79	,254
Gefühle nach außen zeigen	Männer Frauen	12 34	3,00 3,00	23,83 23,38	,917
Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	Männer Frauen	12 34	3,50 4,00	22,63 23,81	,785
Stimmungsverbesserung durch Alkohol und Beruhigungsmittel	Männer Frauen	12 34	1,00 3,00	15,92 26,18	,018
sich mehr gönnen	Männer Frauen	12 34	3,00 2,00	32,54 20,31	,004
sich vornehmen, intensiver zu leben	Männer Frauen	12 34	2,00 3,00	20,75 24,47	,397
entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	Männer Frauen	12 34	4,00 3,50	28,54 21,72	,116
sich selbst bemitleiden	Männer Frauen	12 34	2,00 3,50	13,33 27,09	,002
sich selbst Mut machen	Männer Frauen	12 34	3,50 3,00	29,13 21,51	,077
Erfolge und Selbstbestätigung suchen	Männer Frauen	12 34	3,00 3,00	26,42 22,47	,361
sich abzulenken versuchen	Männer Frauen	34 12	4,00 4,00	24,71 23,07	,701
Abstand zu gewinnen versuchen	Männer Frauen	12 34	4,00 4,00	23,42 23,53	,979
die Krankheit als Schicksal annehmen	Männer Frauen	12 34	1,50 2,00	25,50 22,79	,521
ins Grübeln kommen	Männer Frauen	12 34	5,00 4,50	25,33 22,85	,542
Trost im religiösen Glauben suchen	Männer Frauen	12 34	1,00 1,00	20,75 24,47	,297
Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	Männer Frauen	12 34	2,50 1,00	31,58 20,65	,010
sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	Männer Frauen	12 34	1,00 2,50	17,25 25,71	,051
mit dem Schicksal hadern	Männer Frauen	12 34	2,50 3,00	17,88 25,49	,081
genau den ärztlichen Rat befolgen	Männer Frauen	12 34	4,00 4,00	25,88 22,66	,452
Vertrauen in die Ärzte setzen	Männer Frauen	12 34	4,00 4,00	27,54 22,07	,205
den Ärzten misstrauen, Diagnose überprüfen lassen	Männer Frauen	12 34	1,50 1,00	24,17 23,26	,828
anderen Gutes tun wollen	Männer Frauen	12 34	3,00 4,00	20,54 24,54	,351

Tabelle C.4.12: Geschlechtsspezifische Auswertung der Einzelitems (FKV) der Patienten: *Fortsetzung*

Items (FKV)	Patienten	N	Median*	Mittlere Rangsumme	Signifikanz (2-seitig)
Galgenhumor entwickeln	Männer Frauen	12 34	2,00 3,00	21,79 24,10	,592
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	Männer Frauen	12 34	3,00 3,50	20,63 24,51	,353
sich gerne umsorgen lassen	Männer Frauen	12 34	3,50 4,00	23,42 23,53	,979
sich von anderen Menschen zurückziehen	Männer Frauen	12 34	3,50 4,00	17,67 25,56	,068
sich auf frühere Erfahrungen mit Schicksalsschlägen besinnen	Männer Frauen	12 34	2,50 3,00	23,38 23,54	,969

Tabelle C.4. 13: Geschlechtsspezifische Auswertung der Einzelitems (FKV) der Partner

Items (FKV)	Partner	N	Median*	Mittlere Rangsumme	Signifikanz (2-seitig)
Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	Männer Frauen	34 12	3,00 3,00	23,26 24,17	,834
Nicht-Wahrhaben-Wollen des Geschehenen	Männer Frauen	34 12	4,00 2,50	26,09 16,17	,019
Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	Männer Frauen	34 12	4,00 2,00	26,59 14,75	,005
Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	Männer Frauen	34 12	3,00 3,00	24,57 20,46	,335
sich selbst die Schuld geben	Männer Frauen	34 12	3,00 2,00	24,78 19,88	,257
andere verantwortlich machen	Männer Frauen	34 12	3,00 2,00	26,00 16,42	,023
aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	Männer Frauen	34 12	4,00 4,00	22,26 27,00	,227
einen Plan machen und danach handeln	Männer Frauen	34 12	4,00 3,50	24,32 21,17	,446
ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	Männer Frauen	34 12	3,00 4,00	23,46 23,63	,968
Gefühle nach außen zeigen	Männer Frauen	34 12	2,00 2,50	22,85 25,33	,563
Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	Männer Frauen	34 12	4,50 4,00	24,38 21,00	,422
Stimmungsverbesserung durch Alkohol und Beruhigungsmittel	Männer Frauen	34 12	2,00 1,50	25,03 19,17	,173
sich mehr gönnen	Männer Frauen	34 12	2,00 2,50	22,43 26,54	,329
sich vornehmen, intensiver zu leben	Männer Frauen	34 12	3,00 3,50	23,35 23,92	,896
entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	Männer Frauen	34 12	3,50 4,00	21,63 28,79	,096
sich selbst bemitleiden	Männer Frauen	34 12	2,00 2,00	23,68 23,00	,874
sich selbst Mut machen	Männer Frauen	34 12	3,50 3,00	23,78 22,71	,804
Erfolge und Selbstbestätigung suchen	Männer Frauen	34 12	4,00 4,00	23,79 22,67	,788
sich abzulenken versuchen	Männer Frauen	34 12	5,00 4,00	25,99 16,46	,021
Abstand zu gewinnen versuchen	Männer Frauen	34 12	4,50 3,00	25,90 16,71	,031
die Krankheit als Schicksal annehmen	Männer Frauen	34 12	2,00 2,00	24,12 21,75	,576

Tabelle C.4.13: Geschlechtsspezifische Auswertung der Einzelitems (FKV) der Partner: *Fortsetzung*

Items (FKV)	Partner	N	Median*	Mittlere Rangsumme	Signifikanz (2-seitig)
ins Grübeln kommen	Männer Frauen	34 12	4,00 4,00	22,34 26,79	,280
Trost im religiösen Glauben suchen	Männer Frauen	34 12	1,00 1,00	22,35 26,75	,217
Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	Männer Frauen	34 12	1,00 3,00	20,12 33,08	,002
sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	Männer Frauen	34 12	2,00 2,00	23,09 24,67	,712
mit dem Schicksal hadern	Männer Frauen	34 12	3,00 2,00	24,53 20,58	,363
genau den ärztlichen Rat befolgen	Männer Frauen	34 12	4,00 3,00	25,96 16,54	,029
Vertrauen in die Ärzte setzen	Männer Frauen	34 12	4,00 3,50	25,82 16,92	,038
den Ärzten misstrauen, Diagnose überprüfen lassen	Männer Frauen	34 12	1,00 2,50	21,38 29,50	,040
anderen Gutes tun wollen	Männer Frauen	34 12	3,00 3,00	23,09 24,67	,704
Galgenhumor entwickeln	Männer Frauen	34 12	4,00 2,00	26,74 14,33	,004
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	Männer Frauen	34 12	2,00 3,00	21,26 29,83	,047
sich gerne umsorgen lassen	Männer Frauen	34 12	2,00 2,50	23,76 22,75	,812
sich von anderen Menschen zurückziehen	Männer Frauen	34 12	3,00 3,00	22,51 26,29	,385
sich auf frühere Erfahrungen mit Schicksalsschlägen besinnen	Männer Frauen	34 12	3,00 2,00	24,31 21,21	,477

## C.5 Fragestellung 5:

## C.5.1 Welche Zusammenhänge ergeben sich zwischen der momentan eingeschätzten Krankheitsbewältigung und den anderen Skalen?

Tabelle C.5. 1: Korrelationen zwischen den Skalen (Patienten): Rangkorrelation nach Spearman

	Über- einstim- mung mit Partner	Krank- heits- bewäl- tigung	Beitrag Partner- schaft	Bemü- hung Partner	Ärger aufgrund Erkran- kung	Wichtig- keit Partner	Anteil Partner bei Entste- hung	Eigener Anteil bei Entste- hung
Übereinstimmung mit Partner	1,000	,443(**)	,636(**)	,759(**)	-,210	,504(**)	-,531(**)	,106
Krankheitsbewältigung	,443(**)	1,000	,471(**)	,575(**)	-,358(*)	,422(**)	-,219	-,009
Beitrag Partnerschaft bei Krankheitsbew.	,636(**)	,471(**)	1,000	,765(**)	-,071	,430(**)	-,676(**)	,074
Bemühung Partner bei Krankheitsbew.	,759(**)	,575(**)	,765(**)	1,000	-,260	,613(**)	-,564(**)	-,042
Ärger aufgrund Erkrankung	-,210	-,358(*)	-,071	-,260	1,000	-,156	-,032	-,417(**)
Wichtigkeit Einstellung Partner	,504(**)	,422(**)	,430(**)	,613(**)	-,156	1,000	-,213	,117
Anteil Partner bei Krankheitsentstehung	-,531(**)	-,219	-,676(**)	-,564(**)	-,032	-,213	1,000	,042
Eigenen Anteil bei Krankheitsentstehung	,106	-,009	,074	-,042	-,417(**)	,117	,042	1,000

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level; \* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabelle C.5. 2: Korrelationen zwischen den Skalen (Partner): Rangkorrelation nach Spearman

	Über- einstim- mung mit Partner	Krank- heits- bewäl- tigung	Beitrag Partner- schaft	Bemü- hung Partner	Ärger aufgrund Erkran- kung	Wichtig- keit Partner	Anteil Partner bei Entste- hung	Eigener Anteil bei Entste- hung
Übereinstimmung mit Partner	1,000	,585(**)	,535(**)	,585(**)	-,498(**)	,528(**)	-,566(**)	-,075
Krankheitsbewältigung	,585(**)	1,000	,567(**)	,590(**)	-,497(**)	,473(**)	-,502(**)	-,279
Beitrag Partnerschaft bei Krankheitsbew.	,535(**)	,567(**)	1,000	,615(**)	-,508(**)	,301(*)	-,651(**)	-,487(**)
Bemühung Partner bei Krankheitsbew.	,585(**)	,590(**)	,615(**)	1,000	-,584(**)	,444(**)	-,526(**)	-,090
Ärger aufgrund Erkrankung	-,498(**)	-,497(**)	-,508(**)	-,584(**)	1,000	-,350(*)	,444(**)	,283
Wichtigkeit Einstellung Partner	,528(**)	,473(**)	,301(*)	,444(**)	-,350(*)	1,000	-,315(*)	-,052
Anteil Partner bei Krankheitsentstehung	-,566(**)	-,502(**)	-,651(**)	-,526(**)	,444(**)	-,315(*)	1,000	,370(*)
Eigenen Anteil bei Krankheitsentstehung	-,075	-,279	-,487(**)	-,090	,283	-,052	,370(*)	1,000

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level; \* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabelle C.5. 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der Beurteilungsskalen der Patienten- und Partnerstichproben (n=46) sowie der Gesamtstichprobe (n=92)**

	Status	Mittelwert	Std.-Abw.	Mittelwert (Gesamt)	Std.-Abw. (Gesamt)
Übereinstimmung mit Partner	Patient	5,72	2,562	5,55	2,294
	Partner	5,39	2,005		
Krankheitsbewältigung	Patient	4,28	2,115	4,18	1,933
	Partner	4,09	1,749		
Beitrag Partnerschaft Krankheitsbewältigung	Patient	5,96	3,069	5,67	2,794
	Partner	5,39	2,490		
Bemühung Partner bei Krankheitsbewältigung	Patient	6,41	2,978	6,04	2,863
	Partner	5,67	2,725		
Ärger aufgrund der Erkrankung	Patient	7,28	2,029	6,57	2,406
	Partner	5,85	2,556		
Wichtigkeit Einstellung des Partners	Patient	7,50	2,563	7,92	2,170
	Partner	8,35	1,609		
Anteil Partner bei Krankheitsentstehung	Patient	4,04	3,040	4,59	2,932
	Partner	5,13	2,746		
Eigener Anteil bei Krankheitsentstehung	Patient	4,89	2,273	3,95	2,294
	Partner	3,00	1,909		

### C.5.2 Welche Zusammenhänge ergeben sich zwischen der Einschätzung der Hauptursache, der Partnerschaftszufriedenheit und den anderen Skalen?

**Tabelle C.5. 4: Korrelationen zwischen Hauptursache, Partnerschaftszufriedenheit und Beurteilungsskalen (Patientenstichprobe): Rangkorrelation nach Spearman - Teil 1**

	Haupt- ursache	glücklich/ unglücklich	Krank- heitsbe- wältigung	Beitrag Partner- schaft	Anteil Partner bei Entstehung	Eigener Anteil bei Entstehung
Hauptursache der Erkrankung	1	-,016	-,184	-,027	-,056	-,370(*)
Partnerschaftszufriedenheit (glücklich / unglücklich)	-,016	1	,358(*)	,632(**)	-,728(**)	,040
Momentane Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	-,184	,358(*)	1	,471(**)	-,219	-,009
Beitrag Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	-,027	,632(**)	,471(**)	1	-,676(**)	,074
Anteil Partner bei Krankheitsentstehung	-,056	-,728(**)	-,219	-,676(**)	1	,042
Eigener Anteil bei Krankheitsentstehung	-,370(*)	,040	-,009	,074	,042	1
Übereinstimmung mit Partner bei Therapie	-,049	,715(**)	,443(**)	,636(**)	-,531(**)	,106
Bemühung Partner bei der Krankheitsbewältigung	-,140	,717(**)	,575(**)	,765(**)	-,564(**)	-,042
Ärger aufgrund der Erkrankung	,340(*)	-,185	-,358(*)	-,071	-,032	-,417(**)
Wichtigkeit Einstellung des Partners zu Therapie	-,200	,278	,422(**)	,430(**)	-,213	,117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



**Tabelle C.5. 5: Korrelationen zwischen Hauptursache, Partnerschaftszufriedenheit und Beurteilungsskalen (Patientenstichprobe): Rangkorrelation nach Spearman- Teil 2**

	Haupt- ursache	glücklich/ unglück- lich)	Über- einstim- mung	Bemühung Partner	Ärger durch Erkrankung	Wichtigkeit Einstel- lung
Hauptursache der Erkrank- ung	1	-,016	-,049	-,140	,340(*)	-,200
Partnerschaftszufriedenheit (glücklich / unglücklich)	-,016	1	,715(**)	,717(**)	-,185	,278
Übereinstimmung mit Part- ner bei Therapie	-,049	,715(**)	1	,759(**)	-,210	,504(**)
Bemühung Partner bei der Krankheitsbewältigung	-,140	,717(**)	,759(**)	1	-,260	,613(**)
Ärger aufgrund der Erkrank- ung	,340(*)	-,185	-,210	-,260	1	-,156
Wichtigkeit Einstellung des Partners zu Therapie	-,200	,278	,504(**)	,613(**)	-,156	1
Momentane Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	-,184	,358(*)	,443(**)	,575(**)	-,358(*)	,422(**)
Beitrag Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	-,027	,632(**)	,636(**)	,765(**)	-,071	,430(**)
Anteil Partner bei Krank- heitsentstehung	-,056	-,728(**)	-,531(**)	-,564(**)	-,032	-,213
Eigener Anteil bei Krank- heitsentstehung	-,370(*)	,040	,106	-,042	-,417(**)	,117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabelle C.5. 6: Korrelationen zwischen Hauptursache, Partnerschaftszufriedenheit und Beurteilungsskalen (Partnerstichprobe): Rangkorrelation nach Spearman- Teil 1**

	Haupt- ursache	glücklich/ unglück- lich	Krank- heitsbe- wältigung	Beitrag Partner- schaft	Anteil Partner bei Entstehung	Eigener Anteil bei Entstehung
Hauptursache der Erkrank- ung	1	,549(**)	,181	,472(**)	-,462(**)	,013
Partnerschaftszufriedenheit (glücklich / unglücklich)	,549(**)	1	,455(**)	,737(**)	-,748(**)	-,486(**)
Momentane Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	,181	,455(**)	1	,567(**)	-,502(**)	-,279
Beitrag Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	,472(**)	,737(**)	,567(**)	1	-,651(**)	-,487(**)
Anteil Partner bei Krank- heitsentstehung	,462(**)	-,748(**)	-,502(**)	-,651(**)	1	,370(*)
Eigener Anteil bei Krank- heitsentstehung	,013	-,486(**)	-,279	-,487(**)	,370(*)	1
Übereinstimmung mit Part- ner bei Therapie	,426(**)	,441(**)	,585(**)	,585(**)	-,566(**)	-,075
Bemühung Partner bei der Krankheitsbewältigung	,450(**)	,573(**)	,590(**)	,615(**)	-,526(**)	-,090
Ärger aufgrund der Erkrank- ung	-,147	-,547(**)	-,497(**)	-,508(**)	,444(**)	,283
Wichtigkeit Einstellung des Partners zu Therapie	,004	,165	,473(**)	,301(*)	-,315(*)	-,052

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabelle C.5. 7: Korrelationen zwischen Hauptursache, Partnerschaftszufriedenheit und Beurteilungsskalen (Partnerstichprobe): Rangkorrelation nach Spearman- Teil 2**

	Haupt- ursache	glücklich/ unglück- lich)	Über- einstim- mung	Bemühung Partner	Ärger durch Erkrankung	Wichtigkeit Einstel- lung
Hauptursache der Erkran- kung	1	,549(**)	,426(**)	,450(**)	-,147	,004
Partnerschaftszufriedenheit (glücklich / unglücklich)	,549(**)	1	,441(**)	,573(**)	-,547(**)	,165
Übereinstimmung mit Part- ner bei Therapie	,426(**)	,441(**)	1	,585(**)	-,498(**)	,528(**)
Bemühung Partner bei der Krankheitsbewältigung	,450(**)	,573(**)	,585(**)	1	-,584(**)	,444(**)
Ärger aufgrund der Erkran- kung	-,147	-,547(**)	-,498(**)	-,584(**)	1	-,350(*)
Wichtigkeit Einstellung des Partners zu Therapie	,004	,165	,528(**)	,444(**)	-,350(*)	1
Momentane Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung	,181	,455(**)	,585(**)	,590(**)	-,497(**)	,473(**)
Beitrag Partnerschaft bei der Krankheitsbewältigung	,472(**)	,737(**)	,535(**)	,615(**)	-,508(**)	,301(*)
Anteil Partner bei Krank- heitsentstehung	-,462(**)	-,748(**)	-,566(**)	-,526(**)	,444(**)	-,315(*)
Eigener Anteil bei Krank- heitsentstehung	,013	-,486(**)	-,075	-,090	,283	-,052

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level; \* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## C.6 Fragestellung 6:

### C.6.1 Welche Unterschiede in der Einschätzung des partnerschaftlichen Umgangs und der Krankheitsverarbeitung ergeben sich zwischen Patienten und Partnern, die ihre Beziehung als glücklich oder unglücklich beschreiben?

**Tabelle C.6. 1: Unterschiede in der Einschätzung des Eingangsfragebogens bei Patienten, die ihre Beziehung als glücklich/unglücklich beschreiben: U-Test**

<b>Patienten (n=46)</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Partner hat selbst psychische Probleme	unglücklich glücklich	20 26	23,80 23,27	,888
Es gibt noch andere psychische Probleme in meiner Familie	unglücklich glücklich	20 26	25,25 22,15	,386
Es hat sich viel verändert durch Erkrankung	unglücklich glücklich	20 26	27,20 20,65	,076
Ärger über Ratschläge	unglücklich glücklich	20 26	24,55 22,69	,619
Die genaue Bezeichnung ist mir wichtig	unglücklich glücklich	20 26	25,10 22,27	,444
Ich kann mit der Diagnose etwas anfangen	unglücklich glücklich	20 26	20,78 25,60	,201
Diagnose hilft mir im Umgang	unglücklich glücklich	20 26	17,30 28,27	,004

Tabelle C.6.1: Unterschiede in der Einschätzung des Eingangsfragebogens Patienten, die ihre Beziehung als glücklich/unglücklich beschreiben : *Fortsetzung*

<b>Patienten (n=46)</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Ich habe mich schon viel beschäftigt mit der Erkrankung	unglücklich	20	21,08	,255
	glücklich	26	25,37	
Ich weiss, was ich jetzt brauche	unglücklich	20	23,63	,954
	glücklich	26	23,40	
Ich erhalte Unterstützung aus dem Umfeld	unglücklich	20	14,45	<b>,000</b>
	glücklich	26	30,46	
Partner/Angehöriger ist eher hilflos	unglücklich	20	26,15	,210
	glücklich	26	21,46	
Partner kann gut mit der Diagnose umgehen	unglücklich	20	14,98	<b>,000</b>
	glücklich	26	30,06	
Partner kann Diagnose gut annehmen	unglücklich	20	15,90	<b>,000</b>
	glücklich	26	29,35	
Es gibt einen konkreten Auslöser für die Erkrankung	unglücklich	20	24,60	,527
	glücklich	26	22,65	
Partner müsste sein Verhalten ändern	unglücklich	20	31,13	<b>,000</b>
	glücklich	26	17,63	
Partner weiss nicht richtig, was er tun soll	unglücklich	20	27,40	,062
	glücklich	26	20,50	
Ich fühle mich eher hilflos	unglücklich	20	24,70	,393
	glücklich	26	22,58	
Ich fühle mich eher hoffnungslos	unglücklich	20	27,23	,069
	glücklich	26	20,63	
Ich schäme mich wegen der Erkrankung	unglücklich	20	27,50	,057
	glücklich	26	20,42	
Ich fühle mich schuldig	unglücklich	20	22,43	,557
	glücklich	26	24,33	
Ich befürchte, dass andere schlecht über mich reden	unglücklich	20	24,10	,774
	glücklich	26	23,04	
Es sollte mehr für Angehörige getan werden	unglücklich	20	26,35	,164
	glücklich	26	21,31	
In Familie ist Erkrankung ein wichtiges Thema	unglücklich	20	16,23	<b>,001</b>
	glücklich	26	29,10	
Ich befürchte, dass sich jetzt viele Leute zurückziehen	unglücklich	20	25,65	,319
	glücklich	26	21,85	
Ich glaube, dass Depression schnell vorbei geht	unglücklich	20	22,68	,643
	glücklich	26	24,13	
Mein Partner müsste mehr tun	unglücklich	20	33,20	<b>,000</b>
	glücklich	26	16,04	
Allgemein ist zuwenig über Depression bekannt	unglücklich	20	20,05	<b>,014</b>
	glücklich	26	26,15	
Viele denken, dass Depressive einfach faul sind	unglücklich	20	24,28	,603
	glücklich	26	22,90	
Vielleicht hätte ich mich mehr anstrengen müssen	unglücklich	20	25,95	,241
	glücklich	26	21,62	
Ich habe sehr hohe Ansprüche an mich selbst	unglücklich	20	20,93	,099
	glücklich	26	25,48	

Tabelle C.6.1: Unterschiede in der Einschätzung des Eingangsfragebogens Patienten, die ihre Beziehung als glücklich/unglücklich beschreiben : *Fortsetzung*

<b>Patienten (n=46)</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Partner müsste mehr Forderungen an mich stellen	unglücklich glücklich	20 26	20,70 25,65	,187
Ich wünsche mehr Nähe zu meinem Partner	unglücklich glücklich	20 26	25,90 21,65	,237
Mein Partner versteht mich sehr gut	unglücklich glücklich	20 26	13,80 30,96	,000
Die Beziehung hat schon viel ausgehalten	unglücklich glücklich	20 26	20,50 25,81	,084
Eine andere Diagnose wäre mir lieber	unglücklich glücklich	20 26	26,30 21,35	,178
Sorgen, dass mein Partner überfordert wird	unglücklich glücklich	20 26	21,13 25,33	,247
An Depressionen ist man selbst schuld	unglücklich glücklich	20 26	20,63 25,71	,172
Unsere ganze Familie könnte Unterstützung brauchen	unglücklich glücklich	20 26	25,88 21,67	,264
Partner weiss wenig darüber wie es mir geht	unglücklich glücklich	20 26	33,95 15,46	,000
Ich brauche etwas, was meinem Leben einen Sinn gibt	unglücklich glücklich	20 26	25,88 21,67	,159
Ich habe ein Problem, anderen die Diagnose mitzuteilen	unglücklich glücklich	20 26	26,60 21,12	,135
Ich habe Menschen, mit denen ich darüber rede	unglücklich glücklich	20 26	24,03 23,10	,809
Es ist schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	unglücklich glücklich	20 26	31,13 17,63	,000
Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	unglücklich glücklich	20 26	23,98 23,13	,805
Ich habe Beratungsangebote in Anspruch genommen	unglücklich glücklich	20 26	27,58 20,37	,051
Ich fühle mich oft wegen Erkrankung abgelehnt	unglücklich glücklich	20 26	26,30 21,35	,191
Partner kennt mich schon immer mit dieser Erkrankung	unglücklich glücklich	20 26	22,70 24,12	,693
Ich schäme mich wegen psychiatrischer Erkrankung	unglücklich glücklich	20 26	26,00 21,58	,205
Ich ärgere mich oft über Verhalten meines Partners	unglücklich glücklich	20 26	30,88 17,83	,000
Ich ärgere mich oft über Äußerungen meines Partners	unglücklich glücklich	20 26	30,40 18,19	,001
Eine körperliche Diagnose wäre mir lieber	unglücklich glücklich	20 26	26,45 21,23	,171

**Tabelle C.6. 2: Unterschiede in der Einschätzung des Eingangsfragebogens bei Partnern, die ihre Beziehung als glücklich/unglücklich beschreiben: U-Test**

<b>Partner (n=46)</b>	<b>glücklich/ unglücklich</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Partner hat selbst psychische Probleme	unglücklich	25	23,10	,817
	glücklich	21	23,98	
Es gibt noch andere psychische Probleme in meiner Familie	unglücklich	25	24,10	,725
	glücklich	21	22,79	
Es hat sich viel verändert durch Erkrankung	unglücklich	25	27,86	<b>,008</b>
	glücklich	21	18,31	
Ärger über Ratschläge	unglücklich	25	30,98	<b>,000</b>
	glücklich	21	14,60	
Die genaue Bezeichnung ist mir wichtig	unglücklich	25	23,96	,793
	glücklich	21	22,95	
Ich kann mit der Diagnose etwas anfangen	unglücklich	25	19,74	<b>,030</b>
	glücklich	21	27,98	
Diagnose hilft mir im Umgang	unglücklich	25	23,44	,972
	glücklich	21	23,57	
Ich habe mich schon viel beschäftigt mit der Erkrankung	unglücklich	25	22,62	,605
	glücklich	21	24,55	
Ich weiss, was ich jetzt brauche	unglücklich	25	16,90	<b>,000</b>
	glücklich	21	31,36	
Ich erhalte Unterstützung aus dem Umfeld	unglücklich	25	22,52	,571
	glücklich	21	24,67	
Partner/Angehöriger ist eher hilflos	unglücklich	25	24,40	,580
	glücklich	21	22,43	
Partner kann gut mit der Diagnose umgehen	unglücklich	25	17,86	<b>,001</b>
	glücklich	21	30,21	
Partner kann Diagnose gut annehmen	unglücklich	25	18,24	<b>,002</b>
	glücklich	21	29,76	
Es gibt einen konkreten Auslöser für die Erkrankung	unglücklich	25	21,68	,247
	glücklich	21	25,67	
Partner müsste sein Verhalten ändern	unglücklich	25	29,92	<b>,000</b>
	glücklich	21	15,86	
Partner weiss nicht richtig, was er tun soll	unglücklich	25	23,66	,921
	glücklich	21	23,31	
Ich fühle mich eher hilflos	unglücklich	25	29,02	<b>,001</b>
	glücklich	21	16,93	
Ich fühle mich eher hoffnungslos	unglücklich	25	27,32	<b>,029</b>
	glücklich	21	18,95	
Ich schäme mich wegen der Erkrankung	unglücklich	25	28,92	<b>,001</b>
	glücklich	21	17,05	
Ich fühle mich schuldig	unglücklich	25	28,52	<b>,004</b>
	glücklich	21	17,52	
Ich befürchte, dass andere schlecht über mich reden	unglücklich	25	27,52	<b>,019</b>
	glücklich	21	18,71	
Es sollte mehr für Angehörige getan werden	unglücklich	25	21,44	,213
	glücklich	21	25,95	
In Familie ist Erkrankung ein wichtiges Thema	unglücklich	25	18,94	<b>,008</b>
	glücklich	21	28,93	

Tabelle C.6.2: Unterschiede in der Einschätzung des Eingangsfragebogens bei Partnern, die ihre Beziehung als glücklich/unglücklich beschreiben : *Fortsetzung*

Partner (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Signi- fikanz
Ich befürchte, dass sich jetzt viele Leute zurückziehen	unglücklich glücklich	25 21	27,10 19,21	,032
Ich glaube, dass Depression schnell vorbei geht	unglücklich glücklich	25 21	26,92 19,43	,044
Mein Partner müsste mehr tun	unglücklich glücklich	25 21	27,28 19,00	,019
Allgemein ist zuwenig über Depression bekannt	unglücklich glücklich	25 21	26,30 20,17	,045
Viele denken, dass Depressive einfach faul sind	unglücklich glücklich	25 21	23,74 23,21	,859
Vielleicht hätte ich mich mehr anstrengen müssen	unglücklich glücklich	25 21	30,60 15,05	,000
Ich habe sehr hohe Ansprüche an mich selbst	unglücklich glücklich	25 21	24,88 21,86	,399
Partner müsste mehr Forderungen an mich stellen	unglücklich glücklich	25 21	27,62 18,60	,017
Ich wünsche mehr Nähe zu meinem Partner	unglücklich glücklich	25 21	28,00 18,14	,003
Mein Partner versteht mich sehr gut	unglücklich glücklich	25 21	16,08 32,33	,000
Die Beziehung hat schon viel ausgehalten	unglücklich glücklich	25 21	23,08 24,00	,778
Eine andere Diagnose wäre mir lieber	unglücklich glücklich	25 21	28,06 18,07	,004
Sorgen, dass mein Partner überfordert wird	unglücklich glücklich	25 21	28,66 17,36	,002
An Depressionen ist man selbst schuld	unglücklich glücklich	25 21	27,14 19,17	,037
Unsere ganze Familie könnte Unterstützung brauchen	unglücklich glücklich	25 21	26,74 19,64	,051
Partner weiss wenig darüber wie es mir geht	unglücklich glücklich	25 21	30,44 15,24	,000
Ich brauche etwas, was meinem Leben einen Sinn gibt	unglücklich glücklich	25 21	22,82 24,31	,673
Ich habe ein Problem, anderen die Diagnose mitzuteilen	unglücklich glücklich	25 21	26,88 19,48	,042
Ich habe Menschen, mit denen ich darüber rede	unglücklich glücklich	25 21	19,90 27,79	,039
Es ist schwierig, Partner zu sagen, wie es mir geht	unglücklich glücklich	25 21	30,12 15,62	,000
Es fällt mir schwer, über meine Wünsche zu sprechen	unglücklich glücklich	25 21	28,98 16,98	,001
Ich habe Beratungsangebote in Anspruch genommen	unglücklich glücklich	25 21	25,56 21,05	,100
Ich fühle mich oft wegen Erkrankung abgelehnt	unglücklich glücklich	25 21	25,20 21,48	,321

Tabelle 6.2: Unterschiede in der Einschätzung des Eingangsfragebogens bei Partnern, die ihre Beziehung als glücklich/unglücklich beschreiben : *Fortsetzung*

Partner (n=46)	glücklich/ unglücklich	N	Mean Rank	Signi- fikanz
Partner kennt mich schon immer mit dieser Erkrankung	unglücklich	25	23,42	,953
	glücklich	21	23,60	
Ich schäme mich wegen psychiatrischer Erkrankung	unglücklich	25	27,60	,018
	glücklich	21	18,62	
Ich ärgere mich oft über Verhalten meines Partners	unglücklich	25	30,40	,000
	glücklich	21	15,29	
Ich ärgere mich oft über Äußerungen meines Partners	unglücklich	25	29,86	,000
	glücklich	21	15,93	
Eine körperliche Diagnose wäre mir lieber	unglücklich	25	28,58	,004
	glücklich	21	17,45	

## C.7 Fragestellung 7:

## C.7.1 Worin unterscheiden sich Selbst- und Fremdwahrnehmung von Patienten und Partnern hinsichtlich der motivationalen Aspekte?

Tabelle C.7. 1: Vergleich der Selbsteinschätzung der Patienten mit der Fremdeinschätzung der Partner hinsichtlich der Annäherungs- und Vermeidungsziele

Patienten (Selbsteinschätzung) Partner (Fremdeinschätzung)	Status	N	Mittlere Rang- summe	Signifikanz (zweiseitig)
wichtig: mich selbst zu beherrschen	Selbst	46	56,37	,000
	Fremd	46	36,63	
wichtig: Leistung zu bringen	Selbst	46	59,66	,000
	Fremd	46	33,34	
wichtig: auf mich selbst zu vertrauen	Selbst	46	56,52	,000
	Fremd	46	36,48	
wichtig: akzeptiert zu werden	Selbst	46	51,83	,030
	Fremd	46	41,17	
wichtig: etwas zu erleben	Selbst	46	51,64	,046
	Fremd	46	41,36	
wichtig: wichtige Zusammenhänge zu verstehen	Selbst	46	54,25	,004
	Fremd	46	38,75	
wichtig: verlässliche Paarbeziehung zu haben	Selbst	46	52,20	,018
	Fremd	46	40,80	
wichtig: andere zu beschützen	Selbst	46	53,83	,005
	Fremd	46	39,17	
wichtig: mich anzustrengen und durchzuhalten	Selbst	46	57,68	,000
	Fremd	46	35,32	
wichtig: etwas für mich zu machen	Selbst	46	51,75	,049
	Fremd	46	41,25	
wichtig: an mich zu glauben	Selbst	46	58,24	,000
	Fremd	46	34,76	
wichtig: meinen Platz in der Welt zu finden	Selbst	46	54,12	,003
	Fremd	46	38,88	
wichtig: mit jemandem zärtlich zu sein	Selbst	46	57,89	,000
	Fremd	46	35,11	

Tabelle C.7.1: Vergleich der Selbsteinschätzung der Patienten mit der Fremdeinschätzung der Partner hinsichtlich der Annäherungs- und Vermeidungsziele: *Fortsetzung*

<b>Patienten (Selbsteinschätzung) Partner (Fremdeinschätzung)</b>	<b>Status</b>	<b>N</b>	<b>Mittlere Rang- summe</b>	<b>Signifikanz (zweiseitig)</b>
wichtig: ein gutes Selbstwertgefühl zu haben	Selbst	46	58,16	
	Fremd	46	34,84	,000
wichtig: viele Freunde zu haben	Selbst	46	52,02	
	Fremd	46	40,98	,036
wichtig: mich weiterzubilden	Selbst	46	52,49	
	Fremd	46	40,51	,025
wichtig: geachtet und respektiert zu werden	Selbst	46	53,46	
	Fremd	46	39,54	,003
wichtig: viele Kontakte zu haben	Selbst	46	51,96	
	Fremd	46	41,04	,038
wichtig: effizient zu sein	Selbst	46	51,26	
wichtig: mich selber unter Kontrolle zu haben	Selbst	46	55,20	
	Fremd	46	37,80	,001
wichtig: eine intime Beziehung zu haben	Selbst	46	53,54	
	Fremd	46	39,46	,009
wichtig: ein tüchtiger Mensch zu sein	Selbst	46	57,13	
	Fremd	46	35,87	,000
wichtig: Liebe zu erfahren	Selbst	46	54,18	
	Fremd	46	38,82	,002
wichtig: anderen überlegen zu sein	Selbst	46	40,20	
	Fremd	46	52,80	,018
wichtig: breite Interessen zu verfolgen	Selbst	46	52,67	
	Fremd	46	40,33	,018
wichtig: einen Sinn im Leben zu finden	Selbst	46	57,47	
	Fremd	46	35,53	,000
wichtig: mich für Schwächere einzusetzen	Selbst	46	51,64	
	Fremd	46	41,36	,047
wichtig: die Übersicht zu behalten	Selbst	46	53,08	
	Fremd	46	39,92	,012
wichtig: ein abwechslungsreiches Leben zu führen	Selbst	46	52,60	
	Fremd	46	40,40	,021
wichtig: andere zu unterstützen	Selbst	46	52,67	
	Fremd	46	40,33	,017
wichtig: mir meines eigenen Wertes bewusst zu sein	Selbst	46	52,68	
	Fremd	46	40,32	,015
schlimm: nicht genug Liebe / Zuwendung zu erhalten	Selbst	46	55,26	
	Fremd	46	37,74	,000
schlimm: andere zu verletzen	Selbst	46	54,79	
	Fremd	46	38,21	,002
schlimm: nicht zu genügen	Selbst	46	52,42	
	Fremd	46	40,58	,021
schlimm: von anderen getrennt zu sein	Selbst	46	52,20	
	Fremd	46	40,80	,028
schlimm: angegriffen zu werden	Selbst	46	53,89	
	Fremd	46	39,11	,003



Tabelle C.7.1: Vergleich der Selbsteinschätzung der Patienten mit der Fremdeinschätzung der Partner hinsichtlich der Annäherungs- und Vermeidungsziele: *Fortsetzung*

<b>Patienten (Selbsteinschätzung)</b> <b>Partner (Fremdeinschätzung)</b>	<b>Status</b>	<b>N</b>	<b>Mittlere Rang- summe</b>	<b>Signifikanz (zweiseitig)</b>
schlimm: andere aggressiv zu behandeln	Selbst	46	54,41	,003
	Fremd	46	38,59	
schlimm: inkompetent zu sein	Selbst	46	52,29	,030
	Fremd	46	40,71	
schlimm: Anforderungen nicht zu genügen	Selbst	46	51,57	,046
	Fremd	46	41,43	
schlimm: andere zu verärgern	Selbst	46	54,23	,003
	Fremd	46	38,77	
schlimm: etwas Wichtiges nicht zu verstehen	Selbst	46	51,93	,043
	Fremd	46	41,07	

Tabelle C.7. 2: Vergleich der Selbsteinschätzung der Partner mit der Fremdeinschätzung der Patienten hinsichtlich der Annäherungs- und Vermeidungsziele (Signifikanzen)

<b>Partner (Selbsteinschätzung)</b> <b>Patienten (Fremdeinschätzung)</b>	<b>Status</b>	<b>N</b>	<b>Mittlere Rang- summe</b>	<b>Signifikanz (zweiseitig)</b>
wichtig: akzeptiert zu werden	Selbst	46	54,17	,002
	Fremd	46	38,83	
wichtig: bewundert zu werden	Selbst	46	54,65	,002
	Fremd	46	38,35	
wichtig: etwas für mich zu machen	Selbst	46	52,21	,032
	Fremd	46	40,79	
wichtig: meinen Platz in der Welt zu finden	Selbst	46	51,72	,030
	Fremd	46	41,28	
wichtig: andere zu beeindrucken	Selbst	46	54,61	,002
	Fremd	46	38,39	
wichtig: mir selber etwas zu gönnen	Selbst	46	53,08	,012
	Fremd	46	39,92	
wichtig: selbst über mich zu bestimmen	Selbst	46	53,41	,007
	Fremd	46	39,59	
wichtig: anderen überlegen zu sein	Selbst	46	54,97	,001
	Fremd	46	38,03	
wichtig: geschützt zu werden	Selbst	46	52,24	,031
	Fremd	46	40,76	

## C.8 Fragestellung 8:

## C.8.1 Woraus schöpfen Patienten und Partner persönlich Kraft?

Tabelle C.8. 1: Patienten: „Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Drittennung)

Patientenstichprobe: N=46 (Drittennung)	Männer: N=12			Frauen: N=34			Ges.
	N	% sex	% alle	N	% sex	% alle	% Ges.
Alleinsein	0	,0	,0	3	12,5	8,6	8,6
Zusammensein mit Tochter/Sohn	1	9,1	2,9	4	16,7	11,4	14,3
Lob	0	,0	,0	2	8,3	5,7	5,7
Spaziergehen	1	9,1	2,9	0	,0	,0	2,9
Musik	1	9,1	2,9	0	,0	,0	2,9
reiten	1	9,1	2,9	0	,0	,0	2,9
mit Hobby beschäftigen	0	,0	,0	1	4,2	2,9	2,9
Familie will mir Gutes tun	0	,0	,0	1	4,2	2,9	2,9
Interview (Befragung)	0	,0	,0	2	8,3	5,7	5,7
beten	0	,0	,0	1	4,2	2,9	2,9
mich an Befragung beteiligen	0	,0	,0	1	4,2	2,9	2,9
körperliche Betätigung	3	27,3	8,6	0	,0	,0	8,6
an Familie denken	1	9,1	2,9	0	,0	,0	2,9
kleine Hausarbeiten planen und tun	0	,0	,0	1	4,2	2,9	2,9
jetzige Befragung von mir und Mann	0	,0	,0	4	16,7	11,4	11,4
Wünsche anderer erfüllen	2	18,2	5,7	0	,0	,0	5,7
Märchen lesen	0	,0	,0	1	4,2	2,9	2,9
Mandalas malen und Puzzle	0	,0	,0	1	4,2	2,9	2,9
aufräumen beruhigt mich	0	,0	,0	2	8,3	5,7	5,7
an schlimme Situationen denken, die ich schon überstanden habe	1	9,1	2,9	0	,0	,0	2,9
<b>Gesamt</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>31,4</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>68,6</b>	<b>100,0</b>

Tabelle C.8. 2: Partneraussage: Ich schöpfe Kraft, indem ich folgendes tue....“ (Drittennung)

Partnerstichprobe: N=46 (Drittennung)	Männer: N=34			Frauen: N=12			Ges.
	N	% sex	% alle	N	% sex	% alle	% Ges.
Alleinsein	2	2	7,4	1	14,3	3,7	11,1
Zusammensein mit Tochter/Sohn	2	10,0	7,4	1	14,3	3,7	11,1
anderen helfen	2	10,0	7,4	1	14,3	3,7	11,1
Geselligkeit	2	10,0	7,4	0	,0	,0	7,4
Musik	1	5,0	3,7	0	,0	,0	3,7
mit Hobby beschäftigen	1	5,0	3,7	0	,0	,0	3,7
mich an Befragung beteiligen	2	10,0	7,4	3	42,9	11,1	18,5
klassische Musik	1	5,0	3,7	0	,0	,0	3,7
aus der Situation gehen, wenn es eskaliert	2	10,0	7,4	0	,0	,0	7,4
körperliche Betätigung	1	5,0	3,7	0	,0	,0	3,7
viel Ruhe	2	10,0	7,4	0	,0	,0	7,4
stelle mir bessere Zeiten vor	2	10,0	7,4	0	,0	,0	7,4
meine Eltern	0	,0		1	14,3	3,7	3,7
<b>Gesamt</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>		<b>7</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>

## C.8.2 Welche Fähigkeiten sehen Patienten und Partner bei sich selbst?

Tabelle C.8. 3: Fähigkeiten, die Patienten sich zuschreiben (Drittennung)

<b>Patienten (Drittennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Pro- zent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
kann gut tanzen	1	2,2	2,8	2,8
bin sehr zielstrebig	4	8,7	11,1	13,9
sorge für Harmonie	2	4,3	5,6	19,4
guter Problemlöser	1	2,2	2,8	22,2
bin sehr höflich	1	2,2	2,8	25,0
kann mich gut in andere versetzen	1	2,2	2,8	27,8
war "Workaholic"	1	2,2	2,8	30,6
mache keine "halben Sachen"	1	2,2	2,8	33,3
bin eigentlich liebevolle Mutter	4	8,7	11,1	44,4
will jedem was Gutes tun	1	2,2	2,8	47,2
bin "ein guter Mensch"	2	4,3	5,6	52,8
bin sehr hilfsbereit	3	6,5	8,3	61,1
"Mutter Theresa"	1	2,2	2,8	63,9
bin sehr belastbar	2	4,3	5,6	69,4
bin eigentlich sehr fleißig	3	6,5	8,3	77,8
behalte die Übersicht	1	2,2	2,8	80,6
bin eigentlich sehr sorgfältig bei allem	1	2,2	2,8	83,3
kann sehr viel aushalten	2	4,3	5,6	88,9
konnte sehr gut organisieren (Management)	1	2,2	2,8	91,7
bin sehr sensibel	1	2,2	2,8	94,4
weiss sehr viel und habe siebten Sinn	1	2,2	2,8	97,2
kann mich sehr gut ausdrücken	1	2,2	2,8	100,0
Fehlende Werte	10	21,7		
<b>Gesamt</b>	<b>36</b>	<b>78,3</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle C.8. 4: Fähigkeiten, die Partner sich zuschreiben (Drittennung)

<b>Partner (Drittennung)</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Pro- zent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
kann mich zurückziehen	2	4,3	6,5	6,5
bin sehr zielstrebig	1	2,2	3,2	9,7
bin sehr zuverlässig	3	6,5	9,7	19,4
guter Problemlöser	1	2,2	3,2	22,6
kann mich gut in andere versetzen	1	2,2	3,2	25,8
bin sehr korrekt (überkorrekt)	1	2,2	3,2	29,0
großes Leitungstalent	1	2,2	3,2	32,3
bin sehr hilfsbereit	1	2,2	3,2	35,5
habe früher sehr gern neue Dinge gelernt	1	2,2	3,2	38,7
habe viel Durchhaltevermögen	5	10,9	16,1	54,8
bin vielseitig interessiert (Musik, Sport, Bücher)	2	4,3	6,5	61,3
bin sehr belastbar	1	2,2	3,2	64,5
bin eigentlich sehr fleißig	1	2,2	3,2	67,7
Ruhe bewahren und Toleranz	3	6,5	9,7	77,4
bin sehr gutmütig, loyal, zäh	2	4,3	6,5	83,9
kann sehr viel aushalten	1	2,2	3,2	87,1

Tabelle C.8.4: Fähigkeiten, die Partner sich zuschreiben (Drittennung): *Fortsetzung*

Partner (Drittennung)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
zwingt mich dranzubleiben	2	4,3	6,5	93,5
kann gut abschalten	1	2,2	3,2	96,8
bin jemand, der immer weiterkämpft	1	2,2	3,2	100,0
Gesamt	31	67,4	100,0	
Fehlende Werte	15	32,6		
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>100</b>		

## C.9 Fragestellung 9:

## C.9.1 Langfristige Therapieziele für Patienten und Partner

Tabelle C.9. 1: Langfristige Therapieziele der Patienten (Drittennung)

Patienten (Drittennung): N=46	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
Schuldgefühle verringern	4	8,7	11,8	11,8
Schutz vor Rückfall	2	4,3	5,9	17,6
Coabhängigkeit verringern	1	2,2	2,9	20,6
Freude am Leben	6	13,0	17,6	38,2
Vagusnervstimulation	1	2,2	2,9	41,2
Medikament finden	1	2,2	2,9	44,1
Psychotherapie bei Neurologe	1	2,2	2,9	47,1
meinen Mann entlasten	1	2,2	2,9	50,0
kein Rückfall	4	8,7	11,8	61,8
Lebensziele finden	1	2,2	2,9	64,7
vielleicht ehrenamtliche Tätigkeit	2	4,3	5,9	70,6
arbeitsfähig sein	2	4,3	5,9	76,5
berufliche "Neuorientierung" (kein Schichtdienst mehr)	2	4,3	5,9	82,4
Gewicht reduzieren	1	2,2	2,9	85,3
abschalten können	1	2,2	2,9	88,2
mehr Attraktivität und Mut	1	2,2	2,9	91,2
Situationskontrolle erlernen	1	2,2	2,9	94,1
Strategien, um Stärke zu erlangen	1	2,2	2,9	97,1
Ausgeglichenheit	1	2,2	2,9	100,0
Gesamt	34	73,9	100,0	
Fehlende Werte	12	26,1		

Tabelle C.9. 2: Langfristige Therapieziele der Partner (Drittennung)

Partner (Drittennung): N=46	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
Schuldgefühle verringern	1	2,2	4,2	4,2
Alltag bewältigen	5	10,9	20,8	25,0
Schutz vor Rückfall	1	2,2	4,2	29,2
Coabhängigkeit verringern	1	2,2	4,2	33,3
Hirnschrittmacher	1	2,2	4,2	37,5
weniger Versagensängste	1	2,2	4,2	41,7
mehr Kontakt zu anderen	1	2,2	4,2	45,8
mehr Selbstvertrauen	1	2,2	4,2	50,0

Tabelle C.9.2: Langfristige Therapieziele der Partner (Drittennung): *Fortsetzung*

<b>Partner (Drittennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
mehr Eigenständigkeit	2	4,3	8,3	58,3
Loslassen der Kindheitsgeschichte	3	6,5	12,5	70,8
Kinderwunsch bearbeiten	2	4,3	8,3	79,2
Gewicht reduzieren	1	2,2	4,2	83,3
Rückfälle verhindern	1	2,2	4,2	87,5
schlechte Erfahrungen vergessen	2	4,3	8,3	95,8
besseren Kontakt zu den Kindern finden	1	2,2	4,2	100,0
Fehlende Werte	22	47,8		
<b>Gesamt</b>	<b>24</b>	<b>52,2</b>	<b>100,0</b>	

## C.9.2 Hilfreicher Umgang mit der Erkrankung

Tabelle C.9. 3: „Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen?“ (Patienten – Drittennung)

<b>Patienten (Drittennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Stimmungskurve als Beweis falscher Diagnose	1	2,2	2,7	2,7
Süßigkeiten	1	2,2	2,7	5,4
mit Bekannten treffen	3	6,5	8,1	13,5
Arztgespräche	2	4,3	5,4	18,9
Pflanzen	1	2,2	2,7	21,6
Hörbücher	1	2,2	2,7	24,3
Glauben heranziehen	1	2,2	2,7	27,0
Garten	3	6,5	8,1	35,1
an Kinder denken, nicht an Krankheit	3	6,5	8,1	43,2
Teilnahme an Befragung	5	10,9	13,5	56,8
Spaziergänge in der Natur	3	6,5	8,1	64,9
Zusammensein mit Tieren	1	2,2	2,7	67,6
viel Ruhe	1	2,2	2,7	70,3
fernsehen	1	2,2	2,7	73,0
am Meer sein	3	6,5	8,1	81,1
andere Wege versuchen	2	4,3	5,4	86,5
brauche jmd., der mich aufbaut	1	2,2	2,7	89,2
mich ablenken	2	4,3	5,4	94,6
Gespräche	1	2,2	2,7	97,3
mit Betroffenen sprechen, die es gut schaffen	1	2,2	2,7	100,0
Fehlende Werte	9	19,6		
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>80,4</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle C.9. 4: „Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen?“ (Partner – Drittnennung)

<b>Partner (Drittnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
Literatur	4	8,7	21,1	21,1
Bewegung	1	2,2	5,3	26,3
mit Bekannten treffen	1	2,2	5,3	31,6
Wassergymnastik	1	2,2	5,3	36,8
Glauben heranziehen	1	2,2	5,3	42,1
Streit vermeiden	4	8,7	21,1	63,2
an Kinder denken, nicht an Krankheit	2	4,3	10,5	73,7
viel reden und informieren	1	2,2	5,3	78,9
gemeinsame Pläne machen	1	2,2	5,3	84,2
Lösung für die Zukunft finden	1	2,2	5,3	89,5
mich um meine Arbeit kümmern	1	2,2	5,3	94,7
mich um unsere Kinder kümmern	1	2,2	5,3	100,0
Fehlende Werte	27	58,7		
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>41,3</b>	<b>100,0</b>	

## C.9.3 Was sollten die Partner mehr tun?

Tabelle C.9. 5: „Das sollte mein Partner mehr tun...“ (Patienten – Drittnennung)

<b>Patienten (Drittnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
mich stärker begleiten	1	2,2	3,6	3,6
noch mehr Rücksicht nehmen	1	2,2	3,6	7,1
sich mehr ausruhen	1	2,2	3,6	10,7
sich mehr um Familie kümmern	1	2,2	3,6	14,3
mehr Arztgespräche	1	2,2	3,6	17,9
Paartherapie nochmals versuchen	1	2,2	3,6	21,4
mehr Verständnis	2	4,3	7,1	28,6
mehr Aktivitäten	1	2,2	3,6	32,1
sich mehr um Kindererziehung kümmern	1	2,2	3,6	35,7
mehr Verständnis zeigen	3	6,5	10,7	46,4
sich mehr informieren	4	8,7	14,3	60,7
ruhiger auf mich eingehen	2	4,3	7,1	67,9
mehr mit mir sprechen	1	2,2	3,6	71,4
mich mehr in Entscheidungen einbeziehen	2	4,3	7,1	78,6
mehr an sich u. Gesundheit denken	2	4,3	7,1	85,7
mal alleine Schönes unternehmen	1	2,2	3,6	89,3
mehr Sanftheit	1	2,2	3,6	92,9
mehr Ernsthaftigkeit in der Beziehung	1	2,2	3,6	96,4
sich besser um Kinder kümmern	1	2,2	3,6	100,0
Fehlende Werte	18	39,1		
<b>Gesamt</b>	<b>28</b>	<b>60,9</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle C.9. 6: „Das sollte mein Partner mehr tun...“ (Patienten – Viertnennung)

<b>Patienten (Viertnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
mehr Komplimente	4	8,7	20,0	20,0
mehr Information	2	4,3	10,0	30,0
mehr Selbstbewusstsein	1	2,2	5,0	35,0
mehr um Kind kümmern	1	2,2	5,0	40,0
mehr über alles reden	1	2,2	5,0	45,0
mehr Zutrauen in Verbesserung	3	6,5	15,0	60,0
mehr im Haushalt helfen	2	4,3	10,0	70,0
mehr Unterstützung bei Erziehung	2	4,3	10,0	80,0
mehr Unterstützung in Selbstwertgefühl	1	2,2	5,0	85,0
mich mehr als Frau wahrnehmen	2	4,3	10,0	95,0
mir mehr zuhören, sich in mich hinein versetzen	1	2,2	5,0	100,0
Fehlende Werte	26	56,5		
<b>Gesamt</b>	<b>20</b>	<b>43,5</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle C.9. 7: „Das sollte mein Partner mehr tun...“ (Partner – Drittnennung)

<b>Partner (Drittnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
nicht so verschlossen sein	1	2,2	2,6	2,6
wieder am Leben teilnehmen	1	2,2	2,6	5,3
mehr Mut haben	7	15,2	18,4	23,7
gute Therapeutin finden	2	4,3	5,3	28,9
sich mehr um Familie kümmern	5	10,9	13,2	42,1
mehr Arztgespräche	1	2,2	2,6	44,7
mehr Gesundheit erreichen	1	2,2	2,6	47,4
mehr Aktivitäten	1	2,2	2,6	50,0
sich mehr um Kindererziehung kümmern	1	2,2	2,6	52,6
besser auf Therapie einlassen	1	2,2	2,6	55,3
mehr auf sich achten	2	4,3	5,3	60,5
mehr Zutrauen zu sich selbst	3	6,5	7,9	68,4
mehr Willenskraft aufbringen	1	2,2	2,6	71,1
besseren Arzt suchen	1	2,2	2,6	73,7
mehr Bewegung	2	4,3	5,3	78,9
mehr mit Situation abfinden	2	4,3	5,3	84,2
mehr Lebenszufriedenheit	1	2,2	2,6	86,8
Sport treiben und abnehmen	1	2,2	2,6	89,5
mehr Hoffnung haben	2	4,3	5,3	94,7
mehr aussortieren, was wirklich wichtig ist	1	2,2	2,6	97,4
Probleme nicht so wichtig nehmen	1	2,2	2,6	100,0
Fehlende Werte	8	17,4		
<b>Gesamt</b>	<b>38</b>	<b>82,6</b>	<b>100,0</b>	

Tabelle C.9. 8: Das sollte mein Partner mehr tun (Partner – Viertnennung)

<b>Partner (Viertnennung): N=46</b>	<b>Häufig- keit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulative Prozent</b>
mehr Komplimente	1	2,2	4,0	4,0
mehr Selbstbewusstsein	<b>4</b>	<b>8,7</b>	<b>16,0</b>	20,0
Arbeit	1	2,2	4,0	24,0
mehr Kontakte zu anderen Menschen	2	4,3	8,0	32,0
sich mehr anstrengen	<b>5</b>	<b>10,9</b>	<b>20,0</b>	52,0
mehr Zutrauen in Verbesserung	2	4,3	8,0	60,0
mehr Verantwortung übernehmen	1	2,2	4,0	64,0
mehr Gelassenheit	<b>3</b>	<b>6,5</b>	<b>12,0</b>	76,0
mehr Aktivität	<b>3</b>	<b>6,5</b>	<b>12,0</b>	88,0
sich mehr anstrengen	1	2,2	4,0	92,0
sich Ziele setzen u. geregelter Tagesablauf	1	2,2	4,0	96,0
mehr genießen können	1	2,2	4,0	100,0
Fehlende Werte	21	45,7		
<b>Gesamt</b>	<b>25</b>	<b>54,3</b>	<b>100,0</b>	